

Eva-Maria Schmitz

Selbststeuerung des Gesundheitssektors
als Alternative zu einer verstärkten
staatlichen Planung

Detaillierte Analyse, praktische Ausgestaltung und gesetzliche Voraussetzungen der Realisierung eines Vorschlages zur Selbststeuerung des Gesundheitssektors durch das Nebeneinander verschiedener Versicherungs- und Abrechnungsformen

Diss
Münster
1983

Selbststeuerung des Gesundheitssektors
als Alternative zu einer verstärkten
staatlichen Planung

Detaillierte Analyse, praktische Ausgestaltung und gesetzliche Voraussetzungen der Realisierung eines Vorschlages zur Selbststeuerung des Gesundheitssektors durch das Nebeneinander verschiedener Versicherungs- und Abrechnungsformen

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n

zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Wirtschaftswissenschaft
durch den

Fachbereich Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster

vorgelegt

von

Eva-Maria Schmitz

aus

Essen

1985

Erster Berichterstatter:
Zweiter Berichterstatter:
Dekan:
Tag der mündlichen Prüfung:

Prof. Dr. Metze
Prof. Dr. Helmstädter
Prof. Dr. v. Zwehl
6. Juli 1983

Diese Arbeit wurde gefördert aus Mitteln der

Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Einleitung	1
I. Selbststeuerung des Gesundheitssektors durch ein marktwirtschaftliches System	5
1. Notwendigkeit einer marktwirtschaftlichen Alternative zu einer verstärkten staatlichen Planung im Gesundheitssektor	5
2. Funktionsweise des Systems zur Selbststeuerung des Gesundheitssektors	11
3. Probleme bei der Realisierung	18
II. Organisation der Krankenkassen	31
1. Ausgestaltung des Nebeneinanders der zwei Versicherungsformen bei Erhaltung des GKV-Systems	31
2. Probleme des sozialen Ausgleichs und ihre Lösung	41
a) Pauschalversicherung	45
b) Einzelleistungsversicherung	57
III. Arzthonorierung und Abrechnungssystem	67
1. Möglichkeiten der Arzthonorierung	67
2. Ausgestaltung der Vergütung und Abrechnung im Pauschalversicherungssystem	80
a) Arzthonorierung	80
b) Abrechnungssystem	92
3. Ausgestaltung der Vergütung im Einzelleistungssystem	101

IV. Vorschläge zur praktischen Durchführbarkeit und Durchsetzbarkeit der Selbststeuerung des Gesundheitswesens	104
1. Auf der Anbieterseite	104
a) Ärzte	105
b) Krankenhäuser	116
c) Arzneimittelindustrie und Apotheker	123
2. Bei den Nachfragern	133
3. Im Verhältnis zwischen Anbietern und Nachfragern	142
V. Ansätze zu einer Realisierung des marktwirtschaftlichen Systems	150
1. Möglichkeiten innerhalb der GKV	150
a) Bei der zahnärztlichen Versorgung	150
b) Bei einzelnen Krankenkassen	157
2. Möglichkeiten außerhalb der GKV	159
Schlußbetrachtung	166

Einleitung

Der Anstieg der Gesundheitskosten hat in den letzten Jahren zahlreiche Politiker und Wissenschaftler auf den Plan gerufen, die eine Fülle von unterschiedlichen Lösungen zur Eindämmung der Kostenflut entwickelten. Dabei zeigte sich jedoch immer wieder, daß nicht nur sachliche, sondern auch ideologische Argumente die Diskussion bestimmten. Nicht nur die unterschiedlichen Interessen der Anbieter und der Nachfrager, sondern auch abweichende Meinungen über Umfang und Organisation der Gesundheitsversorgung trafen aufeinander. Insbesondere die Stellung bzw. das Einkommen der niedergelassenen Ärzte bildete immer wieder einen Ansatzpunkt für häufig emotional geprägte Dispute. Dadurch traten die eigentlichen Probleme für viele Betrachter immer mehr in den Hintergrund.

Denn in Wirklichkeit geht es im Gesundheitswesen nicht nur darum, das ideale Arzthonorar zu finden. Die zentrale Frage lautet vielmehr: Wie hoch sind die optimalen Ausgaben des Gesundheitssektors und wie sollte dieser Betrag auf die einzelnen Leistungskategorien aufgeteilt werden?

Theoretisch läßt sich die richtige Antwort leicht geben. Der Grenznutzen, also der Nutzen, den man für die letzte im Gesundheitswesen ausgegebene Geldeinheit erhält, muß dem Grenznutzen anderer möglicher Verwendungsarten gleich sein. Dieser Ausgleich der Grenznutzen gilt ebenso für die Aufteilung der Ausgaben auf die einzelnen Leistungskategorien im Gesundheitswesen.

Zwei Besonderheiten des Gesundheitssektors bewirken jedoch, daß der Nachfrager nicht wie in anderen Bereichen auch praktisch in der Lage ist, die Güter seinen Präferenzen entsprechend nachzufragen.

Er kann aufgrund fehlender medizinischer Fachkenntnisse den Nutzen der einzelnen Leistungen nicht oder nur schwer beurteilen. Er muß deshalb die Wahl der Leistungen weitgehend dem behandelnden Arzt überlassen. Zum anderen gilt im Gesundheitswesen das Prinzip, daß die Verteilung der Güter sich nach Bedarf und nicht nach der Zahlungsfähigkeit der Patienten erfolgen soll:¹ der Preis soll nicht als Ausschlußkriterium bzw. Mittel zur optimalen Allokation dienen.² Man hat deshalb ein soziales System geschaffen, in dem die Leistungen zum überwiegenden Teil von den Versicherungen gezahlt werden; sie sind für den Versicherten scheinbar kostenlos. Er wird die Kosten der Behandlung daher bei seiner Entscheidung über die Nachfrage nach Leistungen des Gesundheitssektors nicht in der richtigen Höhe ansetzen. Deshalb muß er die Festsetzung der Preise sowie die Auswahl eines Leistungskataloges weitgehend den Krankenkassen überlassen. Er wäre jedoch in der Lage, das Verhältnis zwischen der Beitragshöhe und dem Leistungsanspruch zu bewerten. Deshalb könnte er durchaus zwischen mehreren verschiedenen Versorgungsniveaus das seinen Präferenzen entsprechende auswählen.

Die Besonderheiten des gegenwärtigen Gesundheitswesens:

- die Entscheidung über die Art der Behandlung liegt beim Arzt,
- die Krankenkassen als Vertreter der Versicherten handeln die Preise mit den Anbietern aus,
- der Nachfrager nach Gesundheitsleistungen wird von den direkten Kosten der Nachfrage weitgehend entlastet,

¹Vgl. Fuchs, Victor R., An Economist's View of Health and Medical Care, in: Essays in the Economics of Health and Medical Care, New York 1972, S. 7 f.

²Vgl. Metze, Ingolf, Ist Gesundheit ein öffentliches Gut? Zur Bedeutung der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung, in: Wirtschaftsdienst, 60. Jg. (1980), S. 186.

bilden die Ansatzpunkte des von METZE entwickelten "Wettbewerb der Systeme".¹ In diesem System, das der vorliegenden Arbeit zugrunde liegt, soll ein optimales Preis-/Leistungsverhältnis im Gesundheitswesen durch den Wettbewerb zwischen Einzelleistungs- und Pauschalversicherung und ihrer jeweils systemimmanenten Tendenzen zur Über- und Unterversorgung der Versicherten erreicht werden. Im ersten Abschnitt der vorliegenden Arbeit wird dieses von METZE entwickelte System dargestellt und näher erläutert. Daran anschließend wird überprüft, ob und unter welchen Bedingungen ein solches System für die Bundesrepublik realisierbar ist.

Auf dieser theoretischen Basis werden neue praktische Vorschläge entwickelt, wie das vorgestellte System in der Bundesrepublik ausgestaltet werden könnte und sollte. Dabei werden sowohl für die Krankenkassen und die Ausgestaltung des sozialen Ausgleichs (Abschnitt II) als auch für die Arzthonorierung und die Organisation des Abrechnungssystems (Abschnitt III) eine Reihe Ausgestaltungsmöglichkeiten vorgestellt, auf ihre Praktikabilität hin untersucht und zu einem praktisch realisierbaren Gesundheitssystem kombiniert.

Die Realisierbarkeit eines Reformkonzeptes hängt jedoch nicht nur davon ab, ob es praktisch durchführbar ist, es muß auch politisch durchsetzbar sein. Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit liegt deshalb darauf, die Auswirkungen des Systems auf Anbieter und Nachfrager zu untersuchen und darauf aufbauend zusätzliche Lösungen vorzuschlagen, die eine weitere Erhöhung der Effizienz sicherstellen sollen.

¹Vgl. Metzke, Ingolf, Gesundheitspolitik - ökonomische Instrumente zur Steuerung von Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen, Stuttgart 1982, S. 57 ff.; im folgenden zitiert als: Metzke, Ingolf, Gesundheitspolitik.

Auch dabei werden immer wieder teils von METZE stammende, teils allgemein diskutierte Vorschläge aufgegriffen und mit neuen Ideen ergänzt, um speziell auf den Wettbewerb der Systeme zugeschnittene Lösungen zu erhalten. Daraus ergeben sich eine Fülle von Möglichkeiten, im Gesundheitswesen Effizienzsteigerungen durch mehr Marktwirtschaft zu realisieren, ohne Nachteile für die Versicherten in Kauf nehmen zu müssen. Darüber hinaus werden die mit einer Realisierung verbundenen rechtlichen Probleme erörtert.

Der letzte Abschnitt beschäftigt sich mit Möglichkeiten, das vorgeschlagene System in der Bundesrepublik praktisch zu realisieren. Zudem werden Vorschläge gemacht, wie es möglich sein kann, den Wettbewerb der Systeme schrittweise - und damit risikoloser - einzuführen.

I. Selbststeuerung des Gesundheitssektors durch ein marktwirtschaftliches System

1. Notwendigkeit einer marktwirtschaftlichen Alternative zu einer verstärkten staatlichen Planung im Gesundheitssektor

Trotz der Verlangsamung des Kostenanstiegs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) steht eigentlich bei allen Beteiligten außer Zweifel, daß eine Reform des Gesundheitssektors notwendig ist.

Nicht einig ist man sich hingegen darüber, wie diese Reform aussehen sollte. Die sozial-liberale Koalition reagierte auf die Kostenexplosion der siebziger Jahre mit dem Versuch, eine einnahmeorientierte Ausgabenpolitik durchzusetzen. Das wichtigste Instrument dazu war die konzertierte Aktion, die jährlich verbindliche Empfehlungen für die Veränderungen der einzelnen Ausgabenquoten festlegen sollte.¹

Obwohl die Bildung der konzertierten Aktion wahrscheinlich auf die grundsätzlich richtige Einsicht zurückzuführen ist, daß im Gesundheitswesen ein Steuerungsdefizit besteht,² so erwies sie sich doch als ungeeignet, die ihr zugedachte Funktion zu erfüllen. Die Ursachen dafür sind vielfältig: Die für den Erfolg einer solchen Gemeinschaftsaktion notwendige Akzeptanz dieses Instrumentes fehlte zumindest bei den Anbietern im Gesundheitssektor. Insbesondere die Ärzte waren nicht zu einer konstruktiven Zusammenarbeit bereit, weil sie ihre Honorare und ihre Therapiefreiheit eingeschränkt sahen, während der kostenträchtigste Bereich,

¹Vgl. Metze, Ingolf, Gesundheitspolitik, a.a.O., S. 45.

²Vgl. hierzu ausführlich ebenda.

die stationäre Behandlung,¹ nicht einbezogen wurde. Die Festschreibung von Quoten einseitig zu Lasten der ambulanten Behandlung und der Arzneimittelverschreibungen erschien den Ärzten wenig geeignet, die Effizienz der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten.² Zudem war diese Politik mit einer Fülle von Reglementierungen verbunden, die längerfristig eine für die Ärzte unerträgliche Bürokratisierung der Behandlung mit sich zu bringen drohte.

Jede Form staatlicher Reglementierung der ärztlichen Behandlung muß jedoch letztlich daran scheitern, daß im Prinzip jeder Behandlungsfall einzigartig ist; eine Standardisierung, die Voraussetzung jeder Vorschrift, ist so gut wie unmöglich.

Sehr deutlich läßt sich dies an der Diskussion um die am 1. April 1983 in Kraft getretene Verordnung über eine sog. "Negativliste" zeigen, nach der Arzneimittel gegen "banale Erkrankungen", sogenannte "Befindlichkeitsstörungen" nicht mehr zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden dürfen. Grundsätzlich betroffen von dieser Regelung sind Halstabletten, Abführmittel und Mittel gegen Erkältungskrankheiten. Die Ärzte klagen nun über einen erheblichen Ermessensspielraum. So dürfen z.B. Mittel gegen Erkältungskrankheiten weiterhin auf Kassenrezept verordnet werden, wenn eine schwere Erkältung vorliegt, der Patient also "ernsthaft" und nicht "banal" erkrankt ist. Doch wo soll ein Arzt da die Grenze ziehen und wie soll er die Schwere der Erkrankung objektiv beurteilen?

¹ So stiegen die Ausgaben der GKV für Krankenhauspflege je Mitglied in den ersten Hälften der siebziger Jahre um 21,6 % jährlich und auch in den Jahren 1975-1980 mit 6,6 % noch stärker als die Ausgaben für ärztliche Behandlung (die 1975-1980 um 6 % stiegen); 1982 betrug der Kostenanstieg je Mitglied für stationäre Behandlung gar wieder 8,6 %. Zahlen entnommen aus: Jahresgutachten 1983/84 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, S. 233.

² Vgl. Metze, Ingolf, Gesundheitspolitik, a.a.O., S. 48 f.

Letztlich ist er doch weitgehend auf Schilderung des Patienten angewiesen - und die ist immer subjektiv. Andererseits sollte man annehmen, daß ein Arzt beurteilen kann, ob eine Erkrankung unbedingt eine medikamentöse Behandlung erfordert oder ob ein probates Hausmittel den gleichen Zweck erfüllt. Das eigentliche Problem liegt vielmehr darin, daß sowohl Arzt als auch Patient in den letzten Jahrzehnten stets davon ausgehen konnte, daß die Krankenkasse selbstverständlich für immer mehr Leistungen aufkam. Wenn eine Tablette gegen den Schnupfen wesentlich bequemer ist als ein Kamillendampfbad,¹ so erwartet jeder auch von der Krankenkasse, daß sie die Tablette bezahlt - sogar dann, wenn ihr therapeutischer Nutzen umstritten sein sollte.

Fast unmerklich wurde dadurch ein immer stärkeres Versorgungsdenken ausgelöst. "Gesundheit ist der Zustand eines vollkommenen biologischen, sozialen, psychischen Wohlbefindens des Menschen",² definierte die WHO.³ Daraus folgerten viele Gesundheitspolitiker, daß alles, was dazu dienen könnte, diesen Zustand zu erreichen, auch von den Krankenkassen bezahlt werden sollte. Als Folge verringerten sich die Eigenverantwortung der Versicherten für ihre Gesundheit sowie das Kostenbewußtsein der Ärzte.⁴

¹Bequemer ist die Tablette nicht nur für den Patienten, sondern auch für den Arzt: Ein Rezept kann auch über die Arzthelferin ausgegeben werden, ohne daß der Patient den Arzt überhaupt zu Gesicht bekommt; die Verordnung eines Hausmittels erfordert dagegen eine sorgfältige Abklärung der Schwere der Krankheit, muß häufig auch noch erläutert werden und wird nur dann akzeptiert, wenn sie vom Arzt persönlich vorgenommen wird. Trotz des unterschiedlichen Zeitaufwandes ist in der Regel in beiden Fällen eine Beratung abzurechnen.

²Metze, Ingolf, Gesundheitspolitik, a.a.O., S. 10.

³World Health Organization.

⁴Vgl. Metze, Ingolf, Marktwirtschaftliche Alternativen zur Konzertierten Aktion, in: Wirtschaftsdienst, 59. Jg. (1979), H. 10, S. 509.

Beides wäre jedoch erforderlich, wenn eine Maßnahme wie die Herausnahme der Bagatellarzneimittel aus dem Leistungskatalog der GKV funktionieren soll, ohne daß umfangreiche bürokratische Regelungen erforderlich sind. Andererseits führt jedoch die Diskrepanz zwischen dem, was im Rahmen der GKV finanzierbar ist und dem, was zur Erreichung des aus dem WHO-Gesundheitsbegriff abgeleiteten Versorgungsniveaus notwendig wäre, dazu, daß ständig neue Eingriffe der Gesundheitspolitiker notwendig werden. Damit befindet sich die gegenwärtige Gesundheitspolitik in der Gefahr, in einen Teufelskreis zu geraten, der letztlich in ein staatliches Gesundheitssystem mündet.

Lehnt man dieses ab, so ergibt sich die Notwendigkeit, nach einem Ausweg zu suchen, der das Steuerungsdefizit in der gesetzlichen Krankenversicherung nicht durch ein Mehr an Bürokratie, sondern durch eine Aktivierung vorhandener sowie die Einführung neuer Steuerungselemente beseitigt.

Ein Schritt in diese Richtung war der 1979 zwischen den Landesverbänden der RVO-Kassen und der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Bayern ausgehandelte Honorarvertrag, der als "Bayern-Vertrag" bekannt wurde. Er sah vor, daß die niedergelassenen Ärzte ihre Leistungen weiter ausdehnen konnten, wenn sie bei ihren Verordnungen Einsparungen erzielten. Unter dem Motto "Soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig" sollten die Ärzte dazu angehalten werden, zugunsten eigener Leistungen die besonders kostenintensive Krankenhauspflege zurückhaltender zu verordnen. Dieses Vorgehen erschien durchaus erfolgversprechend, hatten doch Untersuchungen erwiesen, daß "ein leistungsfähiges ambulantes Versorgungssystem kostenintensive Krankenhausversorgung einzusparen"¹ vermag.

¹Kosanke, Bodo und Friedrich Wilhelm Schwartz, Medizinische Leistungen werden durchleuchtet, in: Arbeit und Sozialpolitik, 32. Jg. (1978), S. 11.

Damit setzten sich die RVO-Kassen in Bayern bewußt von dem Bestreben der sozial-liberalen Bundesregierung ab, Quoten für die einzelnen Ausgabenbereiche zentral festzulegen. Statt dessen wurde versucht, die Effizienz¹ im Gesundheitswesen zu erhöhen, indem man Ärzten einen Anreiz gab, in jedem Einzelfall genau abzuwägen, durch Einsatz welcher Leistungen die Gesundheit des Patienten am kostengünstigsten wiederhergestellt werden kann.

Der Anreiz besteht in diesem Falle darin, daß die Ärzte durch Kosteneinsparungen ihr eigenes Einkommen erhöhen können - allerdings nur, wenn sie entsprechend mehr eigene Leistungen erbringen. Dazu sind die Ärzte jedoch nur zu gerne bereit, denn die in den letzten Jahren ständig gestiegene Zahl niedergelassener Ärzte hat bereits vielerorts dazu geführt, daß die Wartezimmer längst nicht mehr überfüllt sind. Eine Erhöhung des Leistungsumfanges ist deshalb für sie der einzige Weg, sinkende Einkommen und als Konsequenz einen Verteilungskampf unter den Ärzten zu vermeiden.

Nur vor diesem Hintergrund ist es auch zu erklären, daß die Ärzte jetzt bereit waren, zumindest indirekt anzuerkennen, daß sie "den Schlüssel zu den Geldschränken der Krankenkassen" besitzen. Keine Leistung wird von den Krankenkassen bezahlt, wenn sie nicht von einem niedergelassenen Arzt verordnet worden ist, wobei die niedergelassenen Ärzte in der beneidenswerten Position sind, sich ihre eigene Nachfrage selbst schaffen zu können.

¹ Zum Begriff der Effizienz im Gesundheitswesen vgl. ausführlich Metze, Ingolf, Gesundheitspolitik, a.a.O., S. 15 ff.

Und genau darin liegen die Stärke und die Schwäche des Bayern-Vertrages begründet. Es ist zwar grundsätzlich richtig, die niedergelassenen Ärzte über den Leistungseinsatz entscheiden zu lassen, da sie allein in jedem Einzelfall abschätzen können, was notwendig ist und welche Behandlung am effizientesten ist. Verfügt ein Arzt jedoch noch über freie Kapazitäten, so ist es für ihn stets günstiger, eigene Leistungen einzusetzen, auch wenn die Verordnung fremder Leistungen wirtschaftlicher wäre. Es fehlt also ein Anreiz, die Gesamtkosten der Behandlung zu minimieren.

Eine weitere Ursache dafür, daß die Erfolge des Bayern-Vertrages hinter den an ihn geknüpften Erwartungen zurückblieben, liegt sicherlich auch darin, daß ein einzelner marktwirtschaftlicher Steuerungsmechanismus - und um einen solchen handelt es sich bei dem Anreizsystem für die Ärzte zweifellos - in der GKV allein noch nicht viel bewirken kann. Kurzfristig sind zwar alle Beteiligten mit mehr oder weniger viel Elan dabei, und es kommt auch zu einigen Erfolgen. Die Gefahr, daß die Wirkung im Laufe der Zeit verpufft und die Gewohnheit über den guten Willen siegt, ist jedoch groß. Das Resultat ist dann ein gewisser Basiseffekt, eine anhaltende spürbare Wirkung wird jedoch nicht erzielt. Der Versuch der bayerischen Krankenhäuser, ihre Belegung durch vermehrte Selbsteinweisungen zu sichern und so die Kostendämpfungsbestrebungen zu unterlaufen, dürfte zu einer zusätzlichen Demoralisierung der niedergelassenen Ärzte beitragen. Diese unvorhergesehene "Panne" zeigt ebenfalls, daß eine marktwirtschaftlich ausgerichtete Neuordnung der GKV, d.h. der Einbau von Selbststeuerungsmechanismen, weiter gehen muß als der Bayer-Vertrag, also alle Anbieter und Nachfrager und die Beziehungen zwischen ihnen erfassen und in die Steuerung einbeziehen muß.

2. Funktionsweise des Systems zur Selbststeuerung des Gesundheitssektors

Ein weitgehendes System zur Selbststeuerung des Gesundheitssektors ist der Wettbewerb der Systeme. Ähnlich wie im Bayern-Vertrag wird auch hier davon ausgegangen, daß der niedergelassene Arzt die einzige Instanz ist, die in der Lage ist, in jedem Einzelfall die effizienteste Behandlungsmethode zu erkennen. Das Mittel, den Arzt dazu zu veranlassen, diese Behandlungsmethode doch auszuwählen, ist die Pauschalversicherung.

Im vorliegenden Modell ist die Pauschalversicherung derart ausgestaltet, daß "die niedergelassenen Ärzte in ihrer Gesamtheit mit den Kassen einen Betrag aushandeln, für den sie in dem zur Diskussion stehenden Zeitraum, als ex-ante, die gesundheitliche Versorgung für die nach diesem System versicherten Personen sicherstellen"¹. Aus diesem Betrag haben die Ärzte "sämtliche in der Periode anfallenden Kosten - also auch die Kosten für Arzneimittel, Krankenhausaufenthalt und Arbeitsunfähigkeit - zu finanzieren"². Es wird also ein Preis für den gesamten Output des Gesundheitssektors, das Gut Gesundheit, gezahlt. Damit bleibt als Honorar für die ärztlichen Leistungen lediglich ein Restbetrag, nämlich der Betrag, der nach Abzug aller Kosten von der Pauschale übrig bleibt. Der Arzt erhält also ein umso höheres Honorar, je gesünder seine Patienten sind und je wirtschaftlicher er sie behandelt. Daraus ergibt sich einerseits für die Ärzte ein Anreiz, durch Vorsorgeuntersuchungen und Beratungen Krankheiten vorzubeugen und bestehende Leiden nicht nur schnell, sondern auch gründlich auszukurieren.

¹ Metze, Ingolf, Gesundheitspolitik, a.a.O., S. 63.

² ebenda.

Andererseits wächst aber auch die Gefahr einer Unterversorgung,¹ bei der sich die Behandlung auf das Allernötigste beschränkt. Diese Bemühungen um Kosteneinsparungen stoßen jedoch dann an eine Grenze, wenn dem Arzt der Vorwurf gemacht werden kann, er habe medizinisch notwendige Leistungen unterlassen.

Demgegenüber tendiert das gegenwärtige System der Einzelleistungsversicherung zu einer Überversorgung der Patienten. Kennzeichen dieses Systems ist, daß jede einzelne Leistung - ambulante Behandlung, Arzneimittel, Krankenhauspflege und Krankengeld - durch die Krankenkassen bezahlt wird; im Gegensatz zur Pauschalversicherung wird also der Input und nicht der Output, das Gut Gesundheit, bezahlt. Das ärztliche Einkommen ist hier, da jede Verrichtung eines niedergelassenen Arztes einzeln honoriert wird, "cet. par. um so höher, je höher die Morbidität und die Zahl der Verrichtungen je Krankheitsfall sind".² Der Arzt hat daher bei Einzelleistungsversicherung ein großes Interesse an vielen und möglichst kranken Patienten. Dem steht zwar der Wunsch der Patienten nach möglichst schneller Heilung gegenüber. Da die Leistungen für die Versicherten scheinbar kostenlos sind, haben auch sie kein Interesse an einer kostengünstigen, sondern lediglich an einer möglichst umfassenden Behandlung. Das führt dazu, daß die - für den Arzt ja ebenfalls kostenlose - großzügige Verordnung von Arbeitsunfähigkeit und Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln häufig als Mittel dazu eingesetzt wird, im Wettbewerb gegen die ärztlichen Kollegen die Zahl der Behandlungsfälle zu halten oder gar zu erhöhen.

¹Vgl. Metze, Ingolf, Gesundheitspolitik, a.a.O., S. 65.

²Vgl. ebenda, S. 61.

Wettbewerb führt hier also nicht, wie in anderen Wirtschaftszweigen, zu Kostensenkungen, sondern zu Kostensteigerungen.¹ Da diese Kostensteigerungen jedoch nicht plötzlich, sondern nach und nach bei der überwiegenden Mehrzahl der Ärzte auftreten, läßt sich die Unwirtschaftlichkeit der Behandlung nur schwach nachweisen. Eine wirk-same Kontrolle ist praktisch undurchführbar, weil ein Maßstab dafür, was wirklich notwendig ist, in der Einzelleistung fehlt.²

Diesen Maßstab bietet jedoch die Pauschalversicherung, da sich hier die Ärzte um eine besonders wirtschaftliche Behandlungsweise bemühen. Umgekehrt ist es anhand von Daten aus der Einzelleistungsversicherung möglich zu beurteilen, ob in der Pauschalversicherung eine Unterversorgung besteht. Es bietet sich daher an, beide Systeme nebeneinander bestehen zu lassen und den Versicherten Wahlfreiheit zu lassen, für welches von beiden sie sich entscheiden, also einen Wettbewerb der Systeme einzuführen.

Für die Pauschalversicherung spricht aus der Sicht der Versicherten der niedrige Beitrag, für die Einzelleistungsversicherung die Gewißheit, gut versorgt zu werden. Es werden sich deshalb aufgrund der unterschiedlichen Präferenzen stets für jedes System ausreichend Mitglieder finden. Setzt sich jedoch eine der systemimmanenten Tendenzen durch, so kommt es zu Verschiebungen: Bei einem ständigen Absinken des Versorgungsniveaus in der Pauschalversicherung werden immer mehr Versicherte in die Einzelleistungsversicherung wechseln. Diese wird wiederum immer dann Mitglieder verlieren, wenn die Leistungen und damit die Beiträge stärker expandieren, als es die Versicherten wünschen.

¹Vgl. Metze, Ingolf, Gesundheitspolitik, a.a.O., S. 62.

²Vgl. ebenda, S. 66.

Dieser Prozeß läßt sich an einem Beispiel aus der Touristikbranche verdeutlichen.¹ Auch hier kann man zwischen zwei Grundtypen wählen: Entweder man bucht eine Pauschalreise, bei der man einen festen Preis für Charterflug, Unterkunft und Vollpension im voraus bezahlt, oder man reist individuell: Am Heimatort bucht man dann lediglich den Linienflug und sucht sich am Urlaubsort selbst eine Unterkunft und ißt dort à la carte. Diese Form des Urlaubs wird wahrscheinlich um einiges teurer sein. Insbesondere für das Essen à la carte, bei dem wie bei der Einzelleistungsversicherung jede einzelne Leistung - Frühstück, Mittagessen und Abendbrot - getrennt berechnet wird, werden höhere Preise verlangt als für die Vollpension, bei der man für die Leistung Verpflegung einen einzelnen Preis bezahlt. Dafür wird das Essen à la carte aber auch sehr gut bzw. reichhaltig sein, denn sonst besteht die Gefahr, daß die Gäste ein anderes Restaurant aufsuchen.

Andererseits werden die Preisunterschiede nie so hoch sein, daß alle Reisenden nur noch Vollpension buchen, denn die Hotels wollen auf die à la carte essenden Gäste natürlich nicht verzichten. Für den niedrigen Preis, der für die Vollpension verlangt wird, bekommt man allerdings auch eine weniger attraktive Leistung: man muß quasi "essen, was auf den Tisch kommt". Und das wird tendenziell schlechter bzw. weniger sein als die à la carte Menüs, denn die Gäste, die im voraus bezahlt haben, können ja nicht mehr zur Konkurrenz wechseln. Da die Vollpensionsgäste aber auch nicht völlig "vergrault" werden sollen - sie sind für das Unternehmen ja schließlich eine sehr viel sicherere Einnahmequelle als die Individualreisenden - wird das Essen nie so schlecht sein, daß alle Reisenden nur noch à la carte essen wollen.

¹Vgl. Metze, Ingolf, Die Krankheit der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Das öffentliche Gesundheitswesen, 44. Jg. (1982), S. 188, im folgenden zitiert als: Metze, Ingolf, Die Krankheit

Damit verhindert die Existenz von Pauschalreisen tendenziell ein ungerechtfertigtes Ansteigen der Preise, die bei einer Individualreise zu zahlen sind. Andererseits verhindert die Möglichkeit, alle Leistungen einzeln zusammenzustellen, daß das Leistungsniveau bei den Pauschalreisen zu stark absinkt. Voraussetzung dafür ist allerdings, daß die Reisenden vor jedem Urlaub frei wählen können, für welchen Typ sie sich entscheiden.

Übertragen auf den Gesundheitssektor bedeutet dies, daß durch den Wettbewerb zwischen den Systemen der Einzelleistungs- und Pauschalversicherung die jeweiligen systemimmanenten Tendenzen zur Über- bzw. Unterversorgung abgeschwächt werden.

Dies wird jedoch nicht nur durch die Wanderungsbewegungen der Versicherten erreicht, sondern ist auch darauf zurückzuführen, daß jetzt ein Maßstab für die Beurteilung der Angemessenheit der ärztlichen Behandlung zur Verfügung steht: "Ob auch pauschal Versicherte die medizinisch notwendigen Leistungen erhalten, erkennt man an dem Leistungsvolumen für Einzelversicherte. Ob sich der Arzt bei Einzelleistungsversicherten unwirtschaftlich verhält, ist wiederum daran erkennbar, welche Leistungen in ähnlich gelagerten Fällen pauschal Versicherten verordnet werden."¹ Dabei ist es durchaus nicht notwendig, Einzelfälle miteinander zu vergleichen; gravierende Versorgungsniveaunterschiede kann man auch anhand des Vergleichs von Fallkostendurchschnitten diagnostizieren.²

¹Vgl. Metze, Ingolf, Gesundheitspolitik, a.a.O., S. 67 f.

²Vgl. ebenda, S. 68.

Die Gefahr einer Unterversorgung der Versicherten in der Pauschalversicherung ist jedoch gering. Untersuchungen in den USA haben gezeigt, daß Versicherte, die den sog. Prepaid Group Practices (PPGs) - einem System, das in einigen Punkten mit dem System der Pauschalversicherung vergleichbar ist - angehörten, mit ihrer medizinischen Versorgung überdurchschnittlich zufrieden waren¹ und weniger Arbeitstage durch Krankheit verloren.² Dies ist im wesentlichen auch darauf zurückzuführen, daß in den PPGs Prävention und Gesundheitserziehung eine wichtige Rolle spielen.³ Darin liegen auch besondere Chancen der Pauschalversicherung in der Bundesrepublik: Prävention setzt jetzt auch da an, wo es gilt, besonders kostenträchtige Krankheiten zu vermeiden.

Weitere Einsparmöglichkeiten ergeben sich auch dadurch, daß durch den Zwang zu einer wirtschaftlichen Erbringung der Leistungen in der Pauschalversicherung für den Arzt Anreize entstehen, die Art und Weise seiner Behandlung zu überprüfen, seine Praxisroutine zu verändern und medizinisch fragwürdige Leistungen zu unterlassen, also die Effizienz der Behandlung zu steigern.

Im Alltag der ärztlichen Praxis wird sich dieses größere Kostenbewußtsein der Ärzte bei der Behandlung der Pauschalversicherten auch auf die Wirtschaftlichkeit der Behandlung Einzelleistungsversicherter auswirken - vorausgesetzt, der Arzt behandelt Versicherte beider Systeme.

¹Vgl. Haarmann, Michael, Honorierungsform, Gruppenpraxen, ärztliches Verhalten; Erfahrungen mit Prepaid Group Practices in den USA, in: Sozialer Fortschritt, 25. Jg. (1976), S. 118.

²ebenda S. 117.

³ebenda S. 118.

Außerdem werden es die Ärzte weder vor sich selbst noch vor der Öffentlichkeit rechtfertigen können, wenn sie Leistungen, die sie Einzelleistungsversicherten gewähren, bei den Pauschalversicherten einschränken, zumal die Ärzte, selbst wenn sie ihre wirtschaftlichen Interessen nicht ganz unberücksichtigt lassen können, stets in erster Linie den Patienten und erst in zweiter Linie die Art seiner Versicherung sehen (sollten?).

Hinzu kommt, daß die Ärzte untereinander im Wettbewerb um die Patienten stehen. Ein Arzt, der einen pauschalversicherten Patienten benachteiligt, muß damit rechnen, daß dieser zu einem Kollegen abwandert. Deshalb werden sich im Idealfall die beiden Versorgungsniveaus kaum voneinander unterscheiden, sondern sich immer mehr an ein zwischen ihnen liegendes, sowohl unter wirtschaftlichen als auch medizinischen Gesichtspunkten optimales Versorgungsniveau annähern. Dieses Versorgungsniveau ist aufgrund des ständigen wissenschaftlichen und technischen Fortschritts in der Medizin jedoch einer ständigen Veränderung unterworfen. Die aus den Forschungsergebnissen resultierenden Innovationen, also neue Diagnose- und Therapiemöglichkeiten, haben in der Einzelleistungsversicherung meistens zu einer Intensivierung der Behandlung geführt, ohne daß die Wirtschaftlichkeit beachtet wurde. In der Pauschalversicherung werden sich hingegen solche Innovationen durchsetzen, die zu einer Erhöhung der Effizienz führen.¹ Dadurch erhalten die Einzelleistungsversicherungen einen Indikator dafür, ob es ökonomisch sinnvoll ist, eine Innovation in ihren Leistungskatalog aufzunehmen.

Nimmt die Einzelleistungsversicherung aus medizinischen Gründen neue Leistungen in ihren Leistungskatalog auf, so lassen sich aus den Reaktionen der Versicherten Rückschlüsse auf ihre Präferenzen ziehen.

¹Vgl. Metze, Ingolf, Gesundheitspolitik, a.a.O., S. 68.

So werden die Pauschalversicherten, die besonderen Wert darauf legen, in den Genuß dieser Innovation zu kommen, in die Einzelleistungsversicherung wechseln, während Einzelleistungsversicherte, die nicht bereit sind, für einen Anspruch auf die "neuen" Leistungen höhere Beiträge zu zahlen, zur Pauschalversicherung wechseln.

Damit ist gewährleistet, daß der Wettbewerb der Systeme nicht nur kurzfristig zu einer optimalen Versorgung führt, sondern auch langfristig eine Anpassung an die sich wandelnden technischen Möglichkeiten und Präferenzen stattfindet, ohne daß dazu besondere bürokratische Eingriffe notwendig sind. Es kann damit zu Recht von einer Selbststeuerung des Gesundheitssektors gesprochen werden.

3. Probleme bei der Realisierung

Das dargestellte System eines Wettbewerbs zwischen zwei konkurrierenden Systemen, die sich gegenseitig durch Wettbewerb regulieren, wurde zwar von METZE¹ bewußt unter Verwendung wichtiger Elemente des gegenwärtigen Gesundheitssystems der Bundesrepublik konzipiert. Eine Einführung wäre im Rahmen einer Reform möglich - es wäre nicht notwendig, zu einem Stichtag das alte System zu beseitigen und ein gänzlich neues zu installieren. Dennoch ist die Ausgestaltung eines realisierbaren Systems, die ja wesentliche Aufgabe der vorliegenden Arbeit darstellt, nicht unproblematisch.

¹Vgl. insbesondere Metze, Ingolf, Gesundheitspolitik, a.a.O., S. 68.

Ein großes Hindernis bei der Realisierung marktwirtschaftlicher Alternativen für das Gesundheitssystem der Bundesrepublik ist die Tatsache, daß es gegenwärtig in diesem Bereich so gut wie keine wirksamen Marktmechanismen gibt. Die wesentlichsten Bedingungen für Marktwirtschaft:¹

- eine ausreichende Anzahl miteinander konkurrierender Anbieter,
- ein Mechanismus, der für Anbieter und Nachfrager faire Preise sicherstellt,
- freier Zugang zum bzw. Austritt aus dem Markt für die Anbieter,
- kein abgestimmtes Verhalten der Anbieter,
- angemessene Verbraucherinformationen über die verschiedenen Anbieter

sind verletzt bzw. nur unzureichend erfüllt.

Sieht man einmal davon ab, daß einem freien Marktzugang im Gesundheitswesen immer dadurch Grenzen gesetzt sind, daß im Interesse der Patienten eine ausreichende Ausbildung der Anbieter verlangt werden muß, so bietet doch der Wettbewerb der Systeme die Möglichkeit, den genannten Anforderungen näher zu kommen.

In der Bundesrepublik ist es allerdings mit Sicherheit nicht wie z.B. bei den Prepaid Group Practices in den USA² durchsetzbar, die freie Arztwahl einzuschränken und die Ärzte einzeln oder in Gruppenpraxen organisiert um die Teilnahme an der Versorgung pauschalversicherter Patienten konkurrieren zu lassen.

¹Die Bedingungen wurden formuliert in Anlehnung an McClure, Walter, The Competition Strategy for Medical Care, unveröffentlichtes Manuskript, Minneapolis 1982, S. 12.

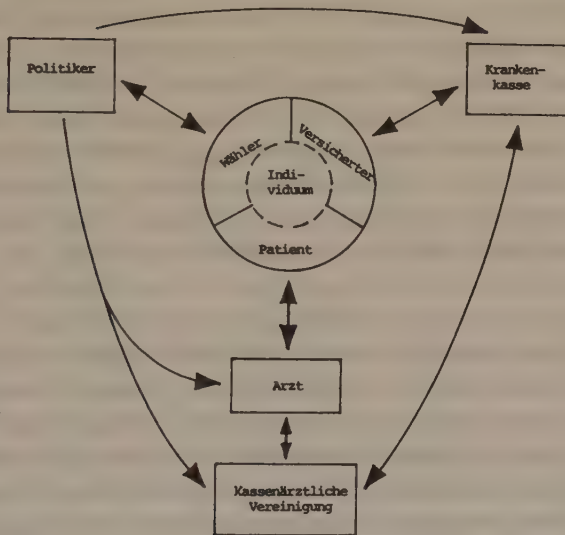
²Vgl. Haarmann, Michael, a.a.O., S. 116 f.

Auch die Gründung neuer Krankenversicherungen für die Pauschalversicherung läßt sich in der deutschen GKV ebensowenig durchsetzen wie ein einkommensunabhängiger Versicherungsbeitrag und eine Differenzierung der Beiträge danach, ob Familienangehörige mitversichert werden.

Es gilt vielmehr, bei der Ausgestaltung des Wettbewerbs der Systeme für die Bundesrepublik soviel marktwirtschaftliche Elemente wie möglich einzuführen, gleichzeitig aber auch die Änderungen gegenüber dem bisherigen System auf das Notwendige zu beschränken. Es soll deshalb so eng wie möglich an das bestehende System angeknüpft werden und auf vorhandene Institutionen und Organisationsstrukturen zurückgegriffen werden. Wichtige Grundsätze wie die freie Arztwahl und die Freiberuflichkeit der Ärzte sollen ebenso bestehen bleiben wie das Solidaritätsprinzip und der soziale Ausgleich zwischen den Versicherten.

Dennoch bedeutet die Einführung des Wettbewerbs der Systeme - das kann und soll nicht geleugnet werden - eine tiefgreifende Veränderung des Gesundheitswesens, insbesondere in den Beziehungen der am Gesundheitswesen Beteiligten (vgl. Abb. 1).

Abb. 1 Die Akteure¹ des Gesundheitswesens



Bei einer derartig umfassenden Reform, die zudem eine Stärkung marktwirtschaftlicher Elemente zum Ziel hat, gilt es jedoch zu berücksichtigen: Der Wettbewerb der Systeme verlangt nicht nur von den Politikern und den Betroffenen ein Umdenken, er kann sogar nur dann funktionieren, wenn sowohl die Anbieter - insbesondere die niedergelassenen Ärzte - als auch die Nachfrager - die Patienten und ihre Organisationen, die Krankenkassen - sich aktiv auf das neue System einstellen.

Beides, sowohl das Umdenken als auch die stärkere Aktivierung der Beteiligten, ist jedoch nicht unproblematisch. Nicht-marktwirtschaftliche Systeme haben zwar den gravierenden Nachteil, daß sie zumindest langfristig an den Interessen der Betroffenen vorbeigehen.

¹Anbieter wie Krankenhäuser, Apotheken etc. sind hier bewußt ausgeklammert, da sie nicht direkt in das System Arzt - Versicherter - Krankenkasse eingreifen können.

Denn deren Einflußmöglichkeiten sind hier gering, sie haben sie an die Politiker abgetreten. Kurzfristig sind sie jedoch den marktwirtschaftlichen Lösungen scheinbar überlegen: für die Politiker lassen sie sich relativ einfach "von oben" steuern und für die Beteiligten sind sie sehr bequem, weil sie vom einzelnen wenig Engagement und Selbstverantwortung verlangen. Jahrelang sind die Politiker dieser doppelten Versuchung, die Bürger - ihre Wähler - immer besser zu versorgen und gleichzeitig ihren eigenen Einfluß zu erhöhen, erlegen.

Der Einführung eines völlig neuen Systems wird jeder Politiker zunächst einmal ablehnend gegenüberstehen. Selbst wenn er davon überzeugt ist, daß es besser ist als das gegenwärtige - jede Reform bedeutet für den Politiker eine Abkehr vom Gewohnten und damit ein Risiko. Dieses Risiko gilt es bei der Ausgestaltung zu berücksichtigen, nach Möglichkeit zu minimieren, eventuell auch dadurch, daß Übergänge vom alten zum neuen System geschaffen werden (vgl. dazu insbesondere Teil IV und V dieser Arbeit).

Dennoch ist der Zeitpunkt für eine Reform des Gesundheitswesens zur Zeit nicht ungünstig. Die wirtschaftliche Situation erzwingt gegenwärtig in weiten Bereichen der Politik sowohl eine Rückbesinnung auf die Selbstverantwortung des einzelnen als auch eine stärkere Beachtung der Effizienz des Einsatzes der knapper werdenden Mittel.

Auch im Gesundheitswesen gilt nicht mehr uneingeschränkt der Satz, daß für die Gesundheit nichts zu teuer sein kann, sondern wird der Effizienz verstärkt Beachtung geschenkt.

Doch scheitert der Versuch, die Effizienz des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik zu ermitteln, gegenwärtig bereits daran, daß es an Zahlenmaterial über die direkten und indirekten Kosten von Krankheiten mangelt.¹ Nachdenklich stimmen sollten uns jedoch Untersuchungen aus den USA, die den Einfluß verschiedener Faktoren auf die Lebenserwartung zu quantifizieren versuchen. Danach stiegen in den Jahren 1955 - 65 in den USA die Ausgaben für Gesundheit pro Kopf preisbereinigt um 35 % an, die Sterblichkeit sank gleichzeitig um 3,9 %.² Die gleichzeitige Steigerung der Ausgaben für Erziehung um 17 % bewirkte aber eine Senkung der Sterblichkeit um 3,4 %.³ Die Erhöhung der Ausgaben für Erziehung wäre danach fast doppelt so effizient gewesen wie die Erhöhung der Ausgaben für Gesundheit. Wie fragwürdig Bemühungen um eine Verbesserung der Lebenserwartung sind, zeigt die gleiche Untersuchung daran auf, daß die gleichzeitige Erhöhung des Zigarettenkonsums um 18 % eine Erhöhung der Sterblichkeit um 1,8 % bewirkte.⁴

Untersuchungen in der Bundesrepublik haben zumindest gezeigt, daß trotz der in den siebziger Jahren stark gestiegenen Ausgaben für Gesundheit der Gesundheitsstand sich nicht nachweisbar verbessert hat.⁵

¹Henke, Klaus-Dirk, Sparen am falschen Ende, Fragwürdige Prioritäten im Gesundheitswesen, in: Die Zeit, 39. Jg. (1984), Nr. 18 v. 27.4.84, S. 37.

²Auster, Richard, Irving Leveson, Deborah Sarachek, The Production of Health, an Explatory Study, in: Fuchs, Victor R., Essays in the Economics of Health and Medical Care, New York 1972, S. 154.

³ebenda.

⁴ebenda.

⁵Vgl. Henke, Klaus-Dirk, in: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.), Leistung und Finanzierung des Gesundheitswesens in den 80er Jahren - Fragen und Antworten zur zukünftigen Entwicklung, Bonn 1979, S. 46.

Es liegt daher die Vermutung nahe, daß der Wettbewerb der Systeme zu einem optimalen Versorgungsniveau führt, das quantitativ unterhalb des gegenwärtig erreichten Standards liegt.¹ Damit sinken die Kosten, ohne daß sich die Qualität der gesundheitlichen Versorgung verschlechtert - die vorhandenen Mittel werden lediglich effizienter eingesetzt.

Für den Politiker ergeben sich daraus eine ganze Reihe von Problemen. Es ist für ihn fast unmöglich, seine Wähler davon zu überzeugen, daß die gesundheitliche Versorgung zwar billiger, aber nicht schlechter geworden ist. Eine überzeugende qualitative Kontrolle gibt es trotz der verstärkten Bemühungen um eine wissenschaftliche Effizienzmessung im Gesundheitswesen (noch?) nicht - dafür wird der Gesundheitsstand der Bevölkerung auch von zu vielen interdependenten, z.T. externen Faktoren bestimmt. Zudem hat das gegenwärtige System gerade aufgrund seiner Tendenz zur Überversorgung den Vorteil, daß es eine umfassende Versorgung der "schwächsten Glieder", in diesem Fall der chronisch Kranken, gewährleistet. Daran wird aber häufig in der Öffentlichkeit die Qualität eines sozialen Sicherungssystems gemessen, werden die Forderungen an die Politiker ausgerichtet.

Dennoch ist es fraglich, ob es sinnvoll sein kann, wenn "eine Minorität zum Maßstab für die Ordnung insgesamt genommen wird"². Sonderregelungen können den gleichen Zweck erfüllen. Das Problem als solches darf jedoch nicht außer Acht gelassen werden.

¹Da es sich bei der Einführung eines marktwirtschaftlichen Systems quasi um ein "Such- und Entdeckungsverfahren" handelt, ist es theoretisch natürlich auch denkbar, daß die Leistungen steigen; in diesem Fall läge gegenwärtig eine Unterversorgung vor. Die Qualität der Versorgung wird jedoch grundsätzlich stärker steigen als die Ausgaben.

²Vgl. Oberender, Peter, Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen, Zur Reform des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland, in: Jahrbuch für Sozialwissenschaften, Bd. 31 (1980), Heft 2, S. 148.

Es kann jedoch nicht wie im bisherigen System auf kollektiver, sondern muß auf individueller Ebene gelöst werden. Der Politiker muß damit den Mut finden, wieder mehr Entscheidungen auf die Ebenen Arzt/Patient bzw. analog dazu Versicherter/Krankenkasse zu legen.

Dies erfordert jedoch zunächst einmal mündige Versicherte, die zwar v o r s o r g e n , aber nicht um jeden Preis v e r s o r g t w e r d e n w o l l e n .

Gegenwärtig steht jedoch bei den Versicherten ein ziemlich passives Streben nach Sicherheit in Form einer möglichst umfassenden Versorgung im Vordergrund. Dementsprechend ist auch das Verhältnis der meisten Versicherten zu ihren Krankenkassen dadurch gekennzeichnet, daß sie in ihnen lediglich eine behördenähnliche Bürokratie zur Verwaltung ihrer Zwangsbeiträge sehen. Das Bewußtsein, daß die Krankenkassen eigentlich selbstverwaltete Selbsthilfeorganisationen sind, ist weitgehend verschwunden; Anspruchsdenken ist an die Stelle von Solidarität getreten.¹ Die meisten Versicherten nehmen noch nicht einmal die zwar geringen, ihnen aber gesetzlich zustehenden Einflußmöglichkeiten wahr: das Interesse und die Beteiligung an den Sozialwahlen sind regelmäßig erschreckend niedrig. So wußten bei den Sozialwahlen im Jahre 1974 laut einer anschließenden Repräsentativbefragung 57 % der Wahlberechtigten überhaupt nichts von der Wahl; die Beteiligung betrug z.B. bei den Ortskrankenkassen 11 %.² (Zur Stärkung der Selbstverwaltung s: insbesondere S. 135 ff.)

¹Vgl. Metze, Ingolf, Marktwirtschaftliche Alternativen zur Konzentrierten Aktion, a.a.O., S. 509.

²INFAS, Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung. Ihre Bedeutung für die Versicherten, in: Soziale Selbstverwaltung, Band 1, S. 201 ff., Bonn 1977, zitiert nach Prätorius, Rainer, Selbstverwaltung - eine Sache der Verbände? Ursprünge, gegenwärtige Lage und Perspektiven der Selbstverwaltung in der Sozialversicherung, in: Der Bürger im Staat, 29. Jg. (1979), S. 25 ff.

Für den Wettbewerb der Systeme hingegen wäre es ideal, wenn die Versicherten stets aufgeschlossen sind für Informationen, die ihre Krankenversicherung betreffen, eigene Vorstellungen darüber haben, welches Leistungsniveau sie wünschen und welchen Preis sie dafür zu zahlen bereit sind. Solche Kassenmitglieder werden, realistisch betrachtet, allerdings stets eine Minderheit bilden. Eine Minderheit allerdings, die bereit und in der Lage sein wird, auf Änderungen der Preis-Leistungs-Relation zwischen Pauschal- und Einzelleistungsversicherung schnell zu reagieren und damit eine wichtige Indikatorfunktion zu übernehmen. Für die anderen Versicherten ist es wichtig, daß sie zumindest ein Preisbewußtsein entwickeln, das sie veranlaßt, sich einen gewissen "Marktüberblick" zu verschaffen, damit sie eine fundierte Entscheidung für eines der beiden Versicherungssysteme treffen können. Das klingt relativ problemlos. Bedenkt man jedoch, daß viele Arbeitnehmer in einer Krankenkasse zwangsversichert sind, die sie sich nicht haben aussuchen können, die für sie einfach "zuständig" ist, so wird deutlich, daß Wahlfreiheit im Gesundheitswesen für viele etwas völlig Neues ist.

Alles Neue und Ungewohnte wird jedoch nicht auf Anhieb akzeptiert, zumal wenn es mit ein wenig Mühe verbunden ist, die sich erst langfristig auszahlt. Es wird deshalb notwendig sein, bei den Versicherten durch Informationen sowie höhere Spürbarkeit der tatsächlichen Beitragshöhe ein "Verbraucherbewußtsein" zu wecken und sie bei der Entscheidungsfindung zu unterstützen (vgl. hierzu insbesondere S. 38 ff.). Gleichzeitig muß durch ein Finanzausgleichssystem sichergestellt werden, daß die Beiträge "gerecht", d.h. nicht durch Einflüsse verzerrt sind, die der einzelne Versicherte nicht beeinflussen kann (vgl. S. 41 ff.).

Die notwendige Ergänzung zu dem "Verbraucherbewußtsein" der Versicherten ist eine konsequente Vertretung der Versicherteninteressen durch die Krankenkassen. Gegenwärtig konzentriert sich der Wettbewerb unter den Krankenkassen lediglich auf die Angestellten und freiwilligen Mitglieder, da sie zwischen der Mitgliedschaft in einer RVO- oder einer Ersatzkasse - bei Überschreiten der Versicherungspflichtgrenze auch in einer Privaten Krankenversicherung (PKV) - wählen können. Dieser Wettbewerb fand jedoch bislang weniger auf dem Preis- als vielmehr auf dem Leistungssektor statt. Dadurch war stets das Leistungsniveau der PKV Vorbild der Ersatzkassen, an denen sich wiederum die RVO-Kassen orientierten. Die Folge war eine ständige Ausdehnung der Leistungsstandards, aber auch eine Erhöhung der Beiträge. Zudem versuchten die Ersatzkassen, durch besondere Nachgiebigkeit bei den Honorarverhandlungen mit den Ärzten ein Image zu erlangen, das sie mehr in die Nähe der PKV rückte. Damit verschlechterten sie die Verhandlungsposition der RVO-Kassen, die sich ja auch nicht kleinlich zeigen wollten. Die Interessen vieler Pflichtmitglieder, die vielleicht mehr Wert auf niedrige Beiträge legen, aber keine Möglichkeit haben, ihre Präferenzen durch einen Wechsel der Krankenkasse durchzusetzen, kommen dabei zu kurz.

Im marktwirtschaftlichen System haben jedoch alle Versicherten zumindest die Wahl zwischen Einzelleistungs- und Pauschalversicherung. Die Pauschalversicherung wird sich deshalb aller Voraussicht nach durch zähe Verhandlungen mit den Ärzten um eine möglichst niedrige Pauschale bemühen, den Beitrag niedrig zu halten und ihn als Werbeargument benutzen. Damit werden aber auch die Einzelleistungsversicherungen gezwungen, dem Interesse der Versicherten an niedrigen Beiträgen wieder mehr zu entsprechen.

Gleichzeitig sollte den Versicherten mehr Einfluß auf den Leistungskatalog "ihrer" Krankenversicherung eingeräumt werden, um so das Interesse und damit die für den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen notwendige Bereitschaft zu erhöhen, für eine den eigenen Präferenzen entsprechende gesundheitliche Absicherung aktiv zu werden (vgl. S. 35 f.).

Während die Versicherten und ihre Organisationen, die Krankenkassen, im Gesundheitswesen die Nachfrageseite bilden, stellen die Ärzte sowie die ihre Interessen vertretenden Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) die Anbieterseite dar. Im gegenwärtigen System ist seit Einführung der Einzelleistungsvergütung auch bei den RVO-Kassen Ende der fünfziger Jahre der Auftrag der KVen weitgehend darauf beschränkt, quasi als Mittler zwischen den Ärzten und den Krankenkassen die Leistungsabrechnung und -kontrolle durchzuführen. Dazu gehört es zwar auch, in regelmäßigen Abständen mit den Kassen über eine Anpassung der Struktur der Gebührenordnung für Ärzte und die Gebührensätze zu verhandeln. Die so getroffenen Vereinbarungen legen aber auch genau fest, wie die Honorare zu verteilen sind. Darüber hinausgehende eigene Gestaltungsmöglichkeiten und damit Einfluß auf die Struktur der Ausgaben haben die KVen seitdem nicht mehr; sie sind weitgehend zu einer Verwaltung geworden.¹

¹ Das war grundsätzlich anders, als es noch die Pauschalhonorierung durch die RVO-Kassen gab. Damals erhielten die KVen Pauschalen, die sie an die Ärzte weiterleiteten. Dabei legten sie allerdings die von den Ärzten erbrachten Einzelleistungen zugrunde, so daß praktisch für die Ärzte eine Einzelleistungsvergütung bestand. Da aber die Gesamtvergütung i.d.R. nicht ausreichte, die Honorarforderungen der Ärzte voll zu befriedigen, mußten jeweils Abstriche vorgenommen werden. Durch die Ausgestaltung dieser Abstriche, die häufig einen progressiven Verlauf hatten, so daß die Ärzte mit überdurchschnittlich vielen abgerechneten Leistungen die stärksten Abstriche hinnehmen mußten, sollte gezielt der sog. Vielgeschäftigkeit der Ärzte entgegengewirkt werden. Außerdem ergab sich durch Differenzierung der Kürzungssätze bzw. Auszahlungsquoten nach Leistungsgruppen ein Einfluß auf die Struktur der erbrachten Leistungen. Vgl. hierzu ausführlich Kortmann, Karl Dieter, Der Übergang von der Pauschal- zur Einzelleistungsvergütung bei der Honorierung von kassenärztlichen Leistungen, Köln 1968, S. 35 f.

Im Wettbewerb der Systeme handeln die KVen mit den Kassen nicht nur die Pauschale für die ambulante, sondern für die gesamte gesundheitliche Versorgung aus. Der mit den Kassen ausgehandelte Betrag wird dann einmal im Monat, eventuell auch vierteljährlich, von den Kassen an die zuständige KV überwiesen. Grundsätzlich gibt es jetzt zwei Möglichkeiten: entweder die KVen leiten die Pauschalen voll an die Ärzte weiter. Denn müßten die Ärzte jedoch auch die Abrechnung mit den anderen Leistungserbringern selbst übernehmen. Diesen Verwaltungsaufwand kann jedoch die Mehrzahl der Ärzte kaum selbst bewältigen. Deshalb werden die Ärzte die Abwicklung der Abrechnung wahrscheinlich voll in die Hände der KVen legen.

Die KVen werden wiederum im Interesse der Ärzte bemüht sein, die Ausgaben für Krankenhauspflege sowie Arznei-, Heil- und Hilfsmittel so niedrig wie möglich zu halten, damit eine möglichst hohe Honorarsumme zur Verteilung an die Ärzte verbleibt. Dies läßt sich durch ständige Aufklärung und Beratung der verordnenden Ärzte über die kostengünstigsten Behandlungsmöglichkeiten erreichen. Dabei wird zwar der wirtschaftliche Einsatz verordneter Leistungen im Mittelpunkt stehen, der eine möglichst hohe Honorarsumme garantiert. Um ein hohes Einzelleistungshonorar zu erzielen, ist es jedoch auch notwendig, einen wirtschaftlichen Einsatz der ärztlichen Leistungen zu fördern. Die KVen sehen selbstverständlich auch im gegenwärtigen System bereits eine wichtige Aufgabe darin, die Ärzte regelmäßig über wirtschaftliche Behandlungsweise zu informieren. Doch dürfte das Interesse der Ärzte an dieser Aktivität der KVen im Wettbewerb der Systeme wesentlich zunehmen. Damit steigt aber auch der Einfluß der KVen auf die Struktur der erbrachten Leistungen wesentlich an: dieses Mehr an Einfluß ist selbstverständlich wiederum mit einer höheren Verantwortung für die KVen verbunden.

Zusätzlich wird den KVen aber auch eine völlig neue Aufgabe zufallen: mit den Anbietern, also Pharmaindustrie bzw. Apothekern, Krankenhäusern und Heil- und Hilfsmittellieferanten über günstige Preise zu verhandeln.

Bei der Ausgestaltung des Systems gilt es deshalb zu berücksichtigen, daß die KVen, die ja Selbstverwaltungsorgane der niedergelassenen Ärzte sind, nur dann bereit sein werden, diese zusätzlichen Aufgaben zu übernehmen, wenn das System für die Ärzte eine Verbesserung gegenüber der gegenwärtigen Situation verspricht. Dies muß nicht unbedingt höhere Honorare für die Ärzte bedeuten, ein freiheitlicheres System und eine Abkehr von der jahrelangen Verstärkung des staatlichen Einflusses würden viele Ärzte auch als positiv empfinden.

Ein grundsätzliches Problem für die Durchsetzbarkeit des Wettbewerbs der Systeme wie aller Reformversuche im Gesundheitswesen besteht darin, daß letztlich auch eine Dämpfung der Kostenexplosion erzielt werden soll. Deshalb kann die Reform zwangsläufig nicht für alle Beteiligten nur mit Vorteilen verbunden sein, es müssen auch Abstriche in Kauf genommen werden. Wie jedoch die Kosten und Nutzen der Reform im einzelnen verteilt sind, hängt auch wesentlich von der Ausgestaltung des Systems bzw. seiner Details ab.

II. Organisation der Krankenkassen

1. Probleme der Ausgestaltung des Nebeneinanders der zwei Versicherungsformen bei Erhaltung des GKV-Systems

Wie bereits dargestellt, besteht eine der wichtigsten Voraussetzungen für das Funktionieren des vorgestellten marktwirtschaftlichen Systems darin, daß die Versicherten zwischen den zwei Versicherungsformen - Pauschal- und Einzelleistungsversicherung - frei wählen können. Es ist deshalb notwendig, eine Lösung zu finden, die einen Wechsel zwischen den Krankenkassen und -systemen leicht macht. Denn nur dann, wenn es einem Pauschalversicherten möglich ist, schnell auf ein Absinken des Leistungsniveaus unter den von ihm als wünschenswert angesehenen Umfang durch einen Wechsel in das Einzelleistungssystem zu reagieren, kann einer Unterversorgung in der Pauschalversicherung rechtzeitig entgegengewirkt werden. Ebenso kann die systemimmanente Tendenz zur Überversorgung im Einzelleistungssystem nur dann wirkungsvoll kontrolliert werden, wenn die Versicherten in die Pauschalversicherung wechseln können, sobald ihnen der Beitrag als zu hoch erscheint. Dabei hängt die Flexibilität des Systems - in diesem Falle die Geschwindigkeit, mit der die Beteiligten auf ein Abweichen des Versorgungsniveaus von den Präferenzen der Versicherten reagieren - wesentlich davon ab, wie hoch die Kosten der Informationsbeschaffung und der bürokratische Aufwand beim Wechsel der Versicherungsform für den einzelnen Versicherten sind.

Diese Hindernisse lassen sich am ehesten überwinden, wenn der Versicherte bei einem Wechsel der Versicherungsform nicht auch gleichzeitig die Krankenkasse wechseln muß - wenn also a l l e K r a n k e n k a s s e n b e i d e V e r s i c h e r u n g s f o r m e n n e b e n e i n a n d e r a n b i e t e n .

Diese Lösung erscheint auch deshalb erstrebenswert, weil einem Wechsel der Krankenversicherung nicht nur bürokratische, sondern auch psychologische Hemmnisse entgegenstehen. Wie z.B. die Beitragssatzunterschiede bei den Ersatzkassen zeigen, haben die Krankenversicherungen in der Bundesrepublik ein relativ hohes "akquisitorisches Potential", d.h. viele Mitglieder bleiben ihren Kassen auch dann noch treu, wenn rationale Gründe, insbesondere das Kosten-Leistungs-Verhältnis, den Übertritt in eine andere Krankenkasse nahelegen.

Ob die Versicherten allerdings nicht auch eine Neigung entwickeln, einem einmal gewählten Versicherungssystem - also der Pauschal- oder der Einzelleistungsversicherung - auch gegen besseres Wissen treu zu bleiben, hängt nicht nur vom Image der Krankenkassen, sondern auch wesentlich davon ab, wie reibungslos, ja unmerklich sich ein Wechsel für den Versicherten vollzieht. Stellt er aus der Sicht der Krankenkasse offensichtlich eine Selbstverständlichkeit dar, wird der Versicherte also von den Publikationsorganen seiner Krankenkasse sowie den zuständigen Sachbearbeitern objektiv über die Möglichkeiten und Konsequenzen informiert, so wird seine Bereitschaft zum Wechsel höher sein, als wenn er das Gefühl vermittelt bekommt, zur "Konkurrenz" abzuwandern. Bieten die Krankenkassen beide Versicherungssysteme an, so wird der Versicherte nach dem Wechsel von derselben Geschäftsstelle, eventuell sogar vom gleichen Sachbearbeiter weitergeführt. Die psychologische Hemmschwelle, die vor einem Wechsel des Versicherungssystems überwunden werden muß, sinkt dadurch beträchtlich, zumal er jetzt auch nicht mit Veränderungen bei seiner Betreuung durch die Krankenkasse rechnen muß.

Die Vorteile, die sich ergeben, wenn alle Krankenversicherungen beide Systeme anbieten, gehen jedoch weit über die Erleichterung des Wechsels hinaus. Dazu muß man sich vergegenwärtigen: Eine Alternative dazu, daß alle Krankenkassen beide Versicherungsformen anbieten, könnte lediglich so ausgestaltet sein, daß ein Teil der Kassen nur die Pauschal-, der andere Teil nur die Einzelleistungsversicherung anbietet. Diese Konstruktion hat sich jedoch in der Vergangenheit als nicht sehr stabil erwiesen - bekanntlich wurde zu Beginn der sechziger Jahre die Pauschalvergütung durch die Einzelleistungsvergütung verdrängt.

Einer der wichtigsten Gründe für den Übergang der RVO-Kassen zu dem von den Ersatzkassen schon lange durchgeführten System der Einzelleistungsvergütung lag damals darin, daß das Nebeneinander der Vergütungssysteme zumindest optisch zwei Klassen von Versicherten in der GKV geschaffen hatte: Die Ersatzkassenmitglieder und die RVO-Versicherten. Der Unterschied manifestierte sich in der Art der Honorierung, genauer gesagt, in der Art der Berechnung der Gesamtvergütung.

Da die Mitglieder der Angestelltenersatzkassen Anspruch auf sechswöchige Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall hatten und außerdem ihre Arbeitsentgelte im Durchschnitt höher und weniger krisenanfällig waren als die der Arbeiter, konnten diese Kassen es sich leisten, die Ärzte nach Einzelleistungen zu honorieren.

Obwohl die einzelnen Ärzte von den KVen auch bei den RVO-Versicherten nach Einzelleistungen honoriert wurden, war den Ärzten aufgrund der pauschalen Berechnung der Gesamtvergütung dennoch bewußt, daß sie pauschal bezahlt wurden, also letztlich durch eine bessere Versorgung der Patienten kein höheres Einkommen erzielen konnten.

Die Ärzte behandelten deshalb die Mitglieder der Ersatzkassen häufig bevorzugt. Ob diese Einstellung der Ärzte allerdings tatsächlich so ausgeprägt war, wie in der Öffentlichkeit vielfach angenommen wurde, ist zweifelhaft. Auch sicherte das Pauschalhonorierungssystem nach dem Kassenarztrecht von 1955 den Ärzten sehr wohl ein annehmbares Einkommen.¹ Doch seit die Kopfpauschale während der Weltwirtschaftskrise zum Zweck der Ersparnis eingeführt worden war, war und ist wohl auch heute noch in der Öffentlichkeit die Vorstellung verbreitet, "daß man dafür keine ordentliche Behandlung erwarten dürfe"². Die Einführung der Einzelleistungsvergütung durch die RVO-Kassen muß deshalb insbesondere bei den Ortskrankenassen auch als der erste grundlegende Schritt in einer langen Reihe von Bemühungen gesehen werden, die ehemaligen "Arme-Leute-Kassen" in moderne Dienstleistungsunternehmen zu verwandeln, die alle Bevölkerungsschichten ansprechen und ebenbürtige Vertragspartner für die Ärzteverbände sind.

Es scheint deshalb nicht nur für die Durchsetzbarkeit, sondern auch für die Lebensfähigkeit des Systems wichtig, eine neue P o l a r i s i e r u n g d e r K a s s e n - a r t e n z u v e r m e i d e n . Dazu ist die vorgeschlagene Lösung, daß sowohl RVO- als auch Ersatzkassen beide Versicherungsformen anbieten, der einfachste und sicherste Weg.

Die Unterschiede zwischen den beiden Kassenarten brauchen durchaus nicht völlig beseitigt zu werden. Es kann weiterhin Kassen geben, die den Ärzten höhere Einzelleistungshonorare zahlen oder höhere Pauschalbeträge mit den KVen aushandeln als der Durchschnitt der Kassen.

¹Vgl. Siebeck, Theo, Vertrags- und Vergütungssystem im Kassenarztrecht, Bonn - Bad Godesberg 1964, S. 59.

²ebenda.

Gleichzeitig sollte es auch weiterhin Unterschiede im Umfang der Leistungskataloge für die Versicherten geben. Ob allerdings weiterhin die Ersatzkassen automatisch das höhere bzw. die RVO-Kassen das niedrigere Niveau anbieten, ist für das Funktionieren des Wettbewerbs zwischen den Versicherungssystemen relativ unwichtig.

Wichtig ist hingegen, daß die Versicherten auch über die Möglichkeiten des Wechsels der Versicherungsform hinaus Einfluß auf den Umfang des von ihrer jeweiligen Kasse finanzierten Leistungskatalogs haben. Dies kann einmal dadurch gewährleistet werden, daß die Versicherten weitgehend **W a h l f r e i h e i t** bezüglich der Krankenkasse erhalten, der sie beitreten wollen. Gegenwärtig sind für alle Pflichtversicherten grundsätzlich die jeweiligen Ortskrankenkassen zuständig.¹ Sie versichern zur Zeit nahezu die Hälfte aller GKV-Mitglieder.² Von dieser Pflichtmitgliedschaft kann man sich lediglich dann befreien lassen, wenn man einer anderen gesetzlichen Krankenkasse beitrifft. Diese Wahlfreiheit besteht jedoch nur für Mitglieder, die bestimmte Voraussetzungen erfüllen. So nehmen die Angestelltenersatzkassen nur Angestellte und Selbständige auf; einige beschränken ihren Mitgliederkreis zusätzlich noch auf bestimmte Berufsgruppen. Letzteres gilt auch für die Arbeiterersatzkassen sowie einige RVO-Kassen (Innungskrankenkassen, Landwirtschaftskrankenkassen, Knappschaft); die Betriebskrankenkassen (BKK) versichern nur Mitarbeiter des jeweiligen Betriebes.

¹ Für Landwirte und ihre mithelfenden Familienangehörigen die Landwirtschaftliche Krankenkasse.

² Insgesamt versichern die 270 Ortskrankenkassen 16,5 der 35,7 Mio GKV-Mitglieder, vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Statistisches Jahrbuch 1983 für die Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden 1983, S. 393.

Völlige Wahlfreiheit bedeutet allerdings, daß einerseits die Pflichtmitgliedschaft in der Ortskrankenkasse, andererseits aber auch die Aufnahmebeschränkungen aller anderen gesetzlichen Krankenkassen wegfallen müßten. Im Extremfall würde das dazu führen, daß auch ein Landwirt aus Flensburg der Innungskrankenkasse in Passau beitreten kann. Das ginge jedoch auf Kosten des jeweiligen Charakters der einzelnen Versicherungsarten. Darunter würde die Solidarität der Versicherten leiden, die insbesondere in den kleinen berufsständisch organisierten Krankenkassen häufig noch sehr hoch ist. Anders als in den Ortskrankenkassen, die häufig nur als großes Sammelbecken für Pflichtversicherte ohne Wahlfreiheit fungieren, aber auch als in den großen, bundesweit organisierten Ersatzkassen haben hier die Versicherten das Gefühl, in einer überschaubaren Gemeinschaft zu sein; die moralische Hemmschwelle bezüglich einer überzogenen Inanspruchnahme von Leistungen ist höher, da sich ein solches Verhalten umso eher auf die eigene Beitragshöhe auswirkt, je kleiner die Versichertengemeinschaft ist. Eine Öffnung dieser Krankenkassen für alle Versicherten liefe deshalb den Bestrebungen des Systems, die Effizienz der gesundheitlichen Versorgung zu erhöhen, genau entgegen.

Andererseits erscheint es bedenklich, daß ein relativ hoher Anteil der in der GKV Versicherten in einem marktwirtschaftlichen System nur die Wahl zwischen zwei Versicherungsformen, nicht aber zwischen wenigstens zwei Krankenkassen und damit zwei verschiedenen Versorgungsniveaus innerhalb jeder Versicherungsform hat. Eine Kompromißlösung könnte so aussehen, daß zumindest die mitgliederstärksten Ersatzkassen¹ auch für Arbeiter geöffnet werden, eine Forderung, die von den Ortskrankenkassen schon seit Jahren erhoben wird.

¹ Dies wären die Deutschen Angestellten Krankenkasse (DAK) und die Barmer Ersatzkasse (BEK).

Zusätzlich erwägenswert ist die Möglichkeit, den Versicherten der Betriebs- und Innungskrankenkassen, eventuell auch der Landwirtschaftlichen und der Seekrankenkasse sowie der Bundesknappschaft, die Möglichkeit einzuräumen, sich auch in der zuständigen Ortskrankenkasse zu versichern. Damit würde der Wettbewerb zwischen den Krankenversicherungen verstärkt - es bestände nicht nur Wettbewerb zwischen den Systemen, sondern auch in verstärktem Maße zwischen den einzelnen Kassen. Dadurch entstünde ein zusätzlicher Anreiz, die Beiträge niedrig zu halten durch rationelle Verwaltung, Aufklärung der Versicherten über wirtschaftliche Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen und auch durch eine Vermeidung von Kosten durch "moral hazard"¹ hinwirken.

Diese Form der Demokratisierung der GKV ermöglicht es auch, den gegenwärtigen Umfang der gesetzlich vorgeschriebenen Leistungen² zu reduzieren; die zwangsweise Absicherung könnte sich jetzt auf die Leistungen beschränken, mit denen für den einzelnen ein zu großes finanzielles Risiko verbunden ist. Wahrscheinlich wird der Leistungskatalog in der Pauschalversicherung dann unter, in der Einzelleistungsversicherung etwa über den z.Zt. in der RVO festgelegten Regelleistungen liegen - das ist allerdings nicht zwingend.

Je größer die Versorgungsniveauunterschiede zwischen den beiden Versicherungsformen - Pauschal- und Einzelleistungsversicherung - werden, umso größer wird auch die Gefahr, daß eine **R i s i k o p o l a r i s i e - r u n g** auftritt.

¹Vgl. Metze, Ingolf, Ist Gesundheit ein öffentliches Gut? Zur Bedeutung der Selbstverwaltung in der Krankenversicherung, in: Wirtschaftsdienst, 60. Jg. (1980), S. 185.

²Vgl. §§ 179-224 RVO.

Darunter soll die Konzentration bestimmter Risiken auf eine der beiden Versicherungsformen verstanden werden. Diese ist deshalb nicht unproblematisch, weil sie Verschiebungen in den Beitragssatzrelationen bewirkt, die nicht auf Unterschiede in den Leistungen beruhen.

Eine solche Form der Risikopolarisierung ergibt sich dann, wenn die Beitragssätze in der Pauschalversicherung so stark unter denen der Einzelleistungsversicherung liegen, daß diese Versicherungsform für Arbeitnehmer mit niedrigem Einkommen besonders attraktiv wird. Das wäre insbesondere deshalb unerwünscht, weil es aus sozialpolitischer Sicht bedenklich wäre, wenn die Pauschalversicherung wieder zu einer "Arme-Leute-Krankenkasse" würde. Dieses Problem löst sich allerdings quasi von selbst: Sobald die Grundlöhne in der Pauschalversicherung spürbar sinken, muß auch der Beitragssatz angehoben werden. Das gleiche gilt analog dann, wenn sich insbesondere Versicherte mit überdurchschnittlich vielen mitversicherten Angehörigen - in der Regel kinderreiche Familien - für die Pauschalversicherung entscheiden.

Umgekehrt besteht die Gefahr, daß Personen mit überdurchschnittlich hohem Morbiditätsrisiko - also insbesondere ältere und/oder chronisch erkrankte Mitbürger - überwiegend in die Einzelleistungsversicherung eintreten. In diesem Fall ist die Wahrscheinlichkeit, daß die dadurch hervorgerufenen Beitragssatzsteigerungen alleine schon ausreichen werden, um wieder zu einem Gleichgewicht zurückzukehren, relativ gering. Hier wären insbesondere sogenannte "vertrauensbildende Maßnahmen" notwendig, also eine gezielte Aufklärung darüber, daß auch die Pauschalversicherten alle Leistungen erhalten, die für die Erhaltung bzw. Wiederherstellung ihrer Gesundheit vom Arzt als notwendig erachtet werden.

Sollte es jedoch verstärkt auftreten, daß die Versicherten immer dann aus der Pauschal- in die Einzelleistungsversicherung wechseln, wenn eine vorhersehbare Behandlung notwendig ist, so besteht die Möglichkeit, Wartezeiten einzuführen, die erfüllt sein müssen, bevor bestimmte Leistungen von der Einzelleistungsversicherung bezahlt werden. Die Anwendung dieses in der Privaten Krankenversicherung gebräuchlichen Instrumentes wird besonders dadurch begünstigt, daß der Versicherte in der Regel nur den Versicherungstarif, nicht aber die Krankenkasse wechselt. Die nötigen Informationen stehen deshalb relativ unbürokratisch zur Verfügung.

Es wurde bislang stets davon ausgegangen, daß weder die absolute Beitragssatzdifferenz noch die Unterschiede im Versorgungsniveau allein für die Entscheidung des einzelnen für eine der beiden Versicherungsformen entscheidend ist. Ausschlaggebend sollte der Preis sein, der für die in der Einzelleistungsversicherung zusätzlich gebotenen Leistungen zu zahlen ist, also die Beitragsdifferenz in Relation zur Versorgungsniveaudifferenz. Jeder Pauschalversicherte sollte in etwa eine Vorstellung davon haben, wie hoch die Beitragsdifferenz werden müßte, damit er von der Pauschal- in die Einzelleistungsversicherung wechselt. Umgekehrt sollte sich auch jeder Einzelleistungsversicherte Gedanken darüber machen, wie hoch die Beitragsdifferenz ist, die er maximal für den möglicherweise umfangreicheren oder auch nur komfortablen medizinischen Schutz zu bezahlen bereit wäre.

Im gegenwärtigen System wird der halbe Krankenversicherungsbeitrag der Arbeitnehmer vom Arbeitgeber übernommen. Es stellt sich daher das Problem, wie hoch der Arbeitgeberzuschuß sein sollte, wenn es zwei Krankenversicherungssysteme nebeneinander gibt, deren Beitragsniveaus nicht unerheblich voneinander abweichen.

Die Tatsache, daß auch heute noch die Höhe des Arbeitgeberanteils zur Krankenversicherung nach dem Beitragsatz der zuständigen AOK bemessen wird (es sei denn, es existiert eine BKK), zeigt, daß ursprünglich lediglich eine Grundversorgung der Arbeitnehmer vom Arbeitgeber bezuschußt werden sollte. Danach ist es auch im vorgestellten System vertretbar, wenn die Arbeitgeber nur die Hälfte des Beitrages zahlen, den der Arbeitnehmer in der Pauschalversicherung zu entrichten hätte. Dieser Lösung ist unter dem theoretischen Gesichtspunkt, daß der Versicherte die ihm in der Einzelleistungsversicherung zusätzlich gewährten Leistungsansprüche sorgfältig gegen die dadurch entstehenden Kosten abwägen soll, zuzustimmen.

Die Gefahr, daß sich nicht genügend Versicherte für die Einzelleistungsversicherung entscheiden und dadurch das Nebeneinander der Versicherungssysteme gefährdet wird, besteht nicht. Dies zeigt die Tatsache, daß in früheren Jahren die Ersatzkassen stets genügend Mitglieder zu verzeichnen hatten, obwohl sie erheblich höhere Beiträge erhoben als die RVO-Kassen und außerdem vielen Arbeitnehmern die Mitgliedschaft in einer Ersatzkasse aufgrund gesetzlicher Vorschriften verwehrt wurde. Andererseits sind zur Zeit etwa 20 % der Bevölkerung freiwillig in der GKV versichert,¹ ziehen also den niedrigeren Beitrag den Annehmlichkeiten vor, die der teurer bezahlte Status als Privatpatient mit sich bringt.² Es ist deshalb auch keinesfalls zu befürchten, daß allen GKV-Mitgliedern ihre Gesundheit so teuer ist, daß sie die Einzelleistungsversicherung vorziehen.

¹Vgl. Timmer, Hans Georg, Die Modellvorstellungen der Gutachter verbessern die verfahrenre Situation nicht, in: Handelsblatt Nr. 204 v. 22./23.10.1982; lt. Statistisches Bundesamt sind es 4,7 Mio Versicherte, es müssen also zudem 7 Mio Familienangehörige mitversichert sein (vgl. Statistisches Jahrbuch 1983, a.a.O., S. 393).

²Zur Problematik der freiwillig versicherten GKV Mitglieder vgl. S. 60

Die Lebensfähigkeit des Systems setzt jedoch nicht den Idealfall voraus, daß in beiden Versicherungsarten etwa gleich viele Mitglieder versichert sind. Notwendig ist allerdings, daß alle Krankenkassen eine ausreichende Anzahl von Versicherten in jedem der beiden Systeme versichert haben. Als "ausreichend" kann dabei jeweils die Anzahl von Mitgliedern betrachtet werden, die es zum einen erlaubt, den notwendigen Verwaltungsaufwand wirtschaftlich zu erbringen. Zum anderen muß die Gruppe so groß sein, daß die für sie erstellte Menge medizinischer Leistungen repräsentativ genug ist, um als Maßstab für einen Vergleich mit dem in der anderen Versicherungsart erzielten Preis-Leistungs-Verhältnis dienen zu können. Gegenwärtig gibt es in der Bundesrepublik sogar Krankenkassen mit wenigen hundert Mitgliedern. Hier ist allerdings bei einer Einzelleistungsversicherung die Gefahr eines Konkurses relativ hoch, da der Risikoausgleich bei einer so kleinen Versichertengemeinschaft gering ist. Eine Pauschalversicherung in dieser Größe wäre jedoch auch auf Dauer lebensfähig, da hier ja das Morbiditätsrisiko auf die Ärzte verlagert ist.

2. Probleme des sozialen Ausgleichs und ihre Lösung

Die gesetzliche Krankenversicherung hat als Solidargemeinschaft die Aufgabe, bei der Versorgung der Bevölkerung, insbesondere der Arbeitnehmer, mit Leistungen im Krankheitsfalle die soziale Komponente mit zu berücksichtigen. Andererseits besteht eine der wichtigsten Grundlagen eines marktwirtschaftlichen Systems im Gesundheitswesen darin, daß Unterschiede im Preis stets auf Unterschieden in den Leistungen beruhen müssen. Es muß deshalb ein Weg gefunden werden, diesen scheinbar miteinander unvereinbaren Grundsätzen gleichzeitig gerecht zu werden.

Auch im vorgestellten System - und zwar in beiden Versicherungsformen - soll weiterhin der Preis unabhängig von Alter, Geschlecht und Gesundheitszustand der Mitglieder in Form eines auf das Arbeitseinkommen anzuwendenden Beitragssatzes festgelegt werden. Auch die beitragsfreie Mitversicherung von Familienangehörigen soll unverändert bestehen bleiben.¹ Diese Form des sozialen Ausgleichs führt jedoch zwangsläufig dazu, daß zwischen den einzelnen Krankenkassen, aber auch zwischen den beiden Versicherungsformen, Beitragsunterschiede entstehen, die nicht auf unterschiedliche Leistungen, sondern auf eine unterschiedliche Risikoverteilung zurückzuführen sind. Damit werden aber auch Risiken auf die Versichertengemeinschaft abgewälzt - Einkommenstruktur, Familienstruktur -, die mit dem Gegenstand der Versicherung nichts zu tun haben.

Die gegenwärtigen Beitragssatzunterschiede in der GKV - die Bandbreite betrug 1979 zwischen 7,0 % und 13,6 %² - beruhen insbesondere auf Unterschieden in der Versichertenrisikostruktur (einschließlich Inanspruchnahmeverhalten), den Grundlöhnen und dem regionalen medizinischen Leistungsangebot.³

¹Vgl. § 205 RVO.

²Vgl. Geißler, Ulrich, Die Ursachen der Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung und die grundsätzlichen Möglichkeiten ihrer Verringerung, in: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.), Verfassungsrechtliche Aspekte der Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung, Bonn 1980, S. 16.

³Vgl. ebenda, S. 27.

Von untergeordneter Bedeutung sind die Faktoren Honorare, Satzungsleistungen, Verwaltungskosten, KVdR-Belastungsunterschiede, Wirtschaftlichkeitsprüfung und Beitragsatzpolitik.^{1,2}

Versichertenrisikostruktur, Grundlöhne und regionales Leistungsniveau sind einerseits Größen, die den Kassen vorgegeben sind, die sie also nicht beeinflussen können. Andererseits läßt sich ihr Einfluß nicht isolieren und exakt quantitativ berechnen; im Gegenteil, sie kompensieren oder verstärken sich sogar gegenseitig.³ Es ist deshalb notwendig, bei einem Risikoausgleich dieses Faktorenbündel möglichst als Ganzes zu erfassen.⁴

¹Vgl. Geißler, Ulrich, a.a.O., S. 27.

²Auch wenn die Belastung der Beitragssätze durch Rentner und Studenten, die ja ebenfalls keinen kostendeckenden Beitrag zahlen, nicht spürbar ist, sollte dennoch überlegt werden, ob diese Form der Lastenverschiebung gerechtfertigt ist.

³Vgl. Geißler, Ulrich, a.a.O., S. 27.

⁴Es gibt eine ganze Reihe von z.T. recht komplexen Modellen und Berechnungen für einen GKV-Finanzausgleich, auf die hier jedoch nicht näher eingegangen werden soll, da sie nicht für den Wettbewerb der Systeme konzipiert sind. Einen guten Überblick insbesondere über die quantitative Bedeutung des Problems bietet die allerdings bereits 1976 erschienene Studie von: Appelt, Wolfgang und Thomas Kreifelts: Die Ursachen der Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung und die Auswirkungen alternativer Finanzausgleichsmodelle. Eine quantitative Untersuchung, GMD-Mitteilungen Nr. 36, St. Augustin 1976.

Grundsätzlich sind mehrere organisatorische Möglichkeiten zur Verringerung der Beitragssatzunterschiede denkbar. Die sozial-liberale Koalition strebte lange Zeit einen Finanzausgleich an, also Ausgleichszahlungen von Kassen mit niedrigen Belastungen zugunsten von Kassen mit ungünstigerer Mitgliederstruktur. Dies hätte eine weitgehende Vereinheitlichung der Leistungskataloge verlangt. Eine solche Form des Ausgleichs führt, wenn sie überregional und kassenartenübergreifend vorgenommen wird und alle Belastungsunterschiede ausgleicht, also einheitliche Beitragsätze herstellt, deshalb tendenziell zu einer Einheitsversicherung. Die Einheitsversicherung ist damit die wohl extremste Form des Finanzausgleichs.

Eine Lösung, die sich mit den Grundsätzen der Marktwirtschaft in Einklang bringen läßt, ist die Nivellierung der Beitragssatzunterschiede durch völlige Wahlfreiheit der Mitglieder. Eine Begrenzung der Wahlmöglichkeiten auf die Krankenkassen der jeweiligen Region erscheint allerdings vertretbar, da sie verhindert, daß Unterschiede in der Versorgungsdichte und in den regionalen, häufig mentalitätsbedingten Gewohnheiten bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen verwischt werden. Andererseits sollten unterschiedliche Inanspruchnahmen, die auf erhöhte Umweltbelastungen, z.B. in Industriegebieten, zurückgehen, trotzdem ausgeglichen werden, da der Nutzen der Industrieproduktion ebenfalls allen zugute kommt.

Die angesprochenen Probleme zeigen bereits recht deutlich, daß auch die Wahlfreiheit als Mittel zur Findung des jeweils "gerechten" Beitragssatzes einiger Modifikationen bedarf, die wiederum Schwierigkeiten bei der Abgrenzung aufwerfen.

Deshalb soll versucht werden, die eingeschränkte Wahlfreiheit, die ja ebenfalls schon dazu beiträgt, einen Teil der Beitragssatzunterschiede zu glätten bzw. gar nicht erst entstehen zu lassen, mit anderen Maßnahmen zur Erhöhung der Beitragsgerechtigkeit zu kombinieren.

a) Pauschalversicherung

Dazu soll für die Pauschalversicherung an eine Art der Umverteilung angeknüpft werden, die lange Zeit als selbstverständlich galt, heute jedoch geradezu verkümmert ist und in den meisten Diskussionen gar nicht mehr erwähnt wird: die Honorardifferenzierung, eine Form des sozialen Ausgleichs, die von den Leistungserstellern, insbesondere von den Ärzten erbracht wird. Seit der Gründung der sozialen Krankenversicherung war es üblich, daß die Ärzte für Leistungen, die für Mitglieder der GKV erbracht wurden, niedrigere Honorare erhielten als von ihren Privatpatienten.¹ "Die Auswirkungen des wirtschaftlich unterschiedlichen Patientenkreises in der Honorarhöhe wurde von den Ärzten schon immer akzeptiert, da es zu den uralten ärztlichen Gebräuchen gehört, die wirtschaftliche Lage des Patienten zu berücksichtigen"². Heute nehmen ca. 90 % der Bevölkerung den Schutz dieser ursprünglich für besonders bedürftige Bevölkerungsteile konzipierten Institution in Anspruch; die Honorare sind dementsprechend auf ein Niveau angehoben worden, das es dem Arzt ermöglicht, auch mit einer ausschließlich von Kassenpatienten frequentierten Praxis ein durchaus auskömmliches Einkommen zu erzielen.

¹ Ähnliches gilt auch für die Pflegesätze in den Krankenhäusern, wo allerdings durch die Einteilung der Patienten in verschiedene Klassen den unterschiedlichen Preisen differenzierte Leistungen entgegenstehen. Die Apotheken gewähren den Krankenkassen einen Rabatt.

² Häussler, Siegfried, Unterschiedliche Versichertenkreise erfordern unterschiedliche Honorare, in: Der deutsche Arzt, 10. Jg. (1960), S. 220.

Dennoch wird, wahrscheinlich ohne Wissen der meisten Versicherten und trotz weitgehend vereinheitlichter Gebührenordnungen, der unterschiedlichen Leistungsfähigkeit der einzelnen Kassen von den Ärzten auch heute noch durch eine Differenzierung der Honorare Rechnung getragen. So schwanken die Punktwerte bei der Vergütung ärztlicher Leistungen bei den RVO-Kassen zwischen 8,1910 und 10,0731.¹

Die naheliegendste Lösung besteht also darin, den sozialen Ausgleich nicht mehr über die Beiträge vorzunehmen, sondern die an die KVen gezahlten Pauschalen, mit denen die gesamte ärztliche Versorgung sichergestellt werden soll, zu differenzieren. Dabei ergeben sich wiederum mehrere Kriterien, nach denen diese Differenzierung vorgenommen werden kann.

Am ehesten zu rechtfertigen wäre eine Differenzierung der Höhe der Pauschalen nach den Einkommen der Versicherten. Die konkrete Ausgestaltung könnte hier so aussehen, daß die von der Krankenkasse zu entrichtende Pauschale nach der Höhe der G r u n d l o h n s u m m e, also dem Durchschnittseinkommen der Beitragszahler und der Zahl der kostenlos mitversicherten Familienangehörigen bemessen wird. Grundsätzlich entspricht ein solches Vorgehen der ärztlichen Tradition, Honorare nach dem Einkommen der Patienten zu bemessen.

Dennoch ergeben sich hier auch einige Probleme. So ist es für den Wettbewerb zwischen den beiden Versicherungsformen - Pauschal- und Einzelleistungsversicherung - wichtig, daß eine Konzentration bestimmter Einkommensgruppen in einer der beiden Formen zu einer Verschiebung der Beitragssatzrelation führt.

¹Vgl. Geißler, Ulrich, a.a.O., S. 24

Damit soll insbesondere sichergestellt werden, daß immer dann, wenn sich in der Pauschalversicherung besonders viele Bezieher unterdurchschnittlicher Einkommen versichern, preisbewußte Mitglieder in die Einzelleistungsversicherung wechseln und so wieder eine ausgewogene Mitgliederstruktur herbeiführen (vgl. S. 38 f). Es ist deshalb nicht sinnvoll, wenn Unterschiede in den Grundlohnsummen bei der Festsetzung der Pauschalen voll ausgeglichen werden. Ein Kompromiß, der beiden Zielen - sozialer Ausgleich und funktionsfähiger Wettbewerb - gleichzeitig gerecht wird, könnte so aussehen, daß bei der Festsetzung der Höhe der Pauschalen stets die Grundlohnsumme zugrundegelegt wird, die sich ergibt, wenn man die Arbeitsentgelte aller Mitglieder der jeweiligen Krankenkasse und nicht nur die der Pauschalversicherten betrachtet.

Höhe der Pauschale je Mitglied =

Beitragssatz x Durchschnittseinkommen der Einzel-
leistungs- und Pauschalversicherten
Mitglieder der Krankenkasse

Aus dieser Pauschale wird jedoch nicht nur das Arzthonorar, sondern auch die Kosten für Krankenhausbehandlung, Lohnfortzahlung und Arzneimittel bestritten. Für die Kassenärztliche Vereinigung stellt sich deshalb das Problem, ob sie die Differenzierung der Pauschale an den einzelnen Arzt weitergeben, oder ob sie intern einen Ausgleich durchführen soll, der dazu führt, daß die Abrechnungsstellen im Endeffekt für jeden Pauschalversicherten den gleichen Betrag zugrundelegen können.

Für einen solchen Ausgleich spricht insbesondere die Tatsache, daß der Anteil der ambulanten Behandlung an den Gesamtkosten der ärztlichen Versorgung gegenwärtig nur etwa 17,6 % beträgt.¹

¹Vgl. Metze, Ingolf, Gesundheitspolitik, a.a.O., S. 33, Tab. 3.

Selbst wenn man davon ausgeht, daß sich dieser Anteil bei den Pauschalversicherten erhöhen wird, so gilt es doch zu bedenken, daß Schwankungen in der Höhe der Pauschale mit dem vollen Betrag auf die Höhe der Arztthonorare durchschlagen würden. Das heißt konkret: Beträgt der normale Anteil der Arztthonorare an den Gesamtausgaben 20 % und liegt die Pauschale einer Kasse um 10 % unter dem Durchschnitt, so liegen die Arztthonorare hier nicht um 10 %, sondern um 50 % unter dem Durchschnitt, wenn zugrundegelegt wird, daß der absolute Aufwand für die übrigen Leistungskategorien unverändert bleibt.

Um diese Schwankungen in der Höhe des Arztthonorars auszugleichen, müßte bei der Abrechnung für alle Pauschalversicherten theoretisch eine fiktive Durchschnittspauschale zugrundegelegt werden, deren Höhe ermittelt wird, indem der gewichtete Mittelwert aller Pauschalen errechnet wird, die in dem Gebiet gezahlt werden, für das der Ausgleich durchgeführt wird. Praktisch bedeutet das, daß die Kassen zwar unterschiedlich hohe Pauschalen zahlen, diese aber bei der Abrechnung bei den KVen fiktiv "in einen Topf kommen", also nicht mehr nach Kassen differenziert abgerechnet werden.

Im Normalfall wird es ausreichen, diesen Ausgleich auf der Ebene des Abrechnungsbezirkes durchzuführen. Auf diese Weise werden dann hauptsächlich die Schwankungen der Grundlohnsumme zwischen den einzelnen Kassenarten ausgeglichen; regionale Einkommensschwankungen bleiben wirksam. Dies kann gelegentlich zu Ungerechtigkeiten führen, im allgemeinen sind die Abrechnungsbezirke jedoch so groß, daß auch ein Teil des Stadt/Land-Einkommensgefälles ausgeglichen wird. Zudem kann man auch häufig davon ausgehen, daß dort, wo hohe Einkommen erzielt werden, auch die Lebenshaltungs- und damit die Praxiskosten des Arztes höher sind.

Ein weitergehender Schritt führt dahin, auch den Familienlastenausgleich zwischen den Kassen über die Pauschale durchzuführen. Dies kann praktisch so erfolgen, daß die Krankenkassen nicht für jeden Anspruchsberechtigten - also auch für die kostenlos mitversicherten Familienangehörigen -, sondern nur noch für jedes beitragszahlende Mitglied eine Pauschale entrichten, die in ihrer Höhe unabhängig von der Zahl der Angehörigen ist. Diese Maßnahme müßte auf jeden Fall durch die Abrechnungsstelle ausgeglichen werden. Die Begründung für diese Notwendigkeit ist ähnlich wie beim Ausgleich der Unterschiede in den Grundlohnsummen: Wieviel von einer Pauschale für die Honorierung der Ärzte übrig bleibt, hängt wesentlich davon ab, für wieviele Anspruchsberechtigte aus dieser Pauschale die medizinische Versorgung finanziert werden muß. Wenn nun aber die Familienlastquote, also die durchschnittliche Anzahl kostenlos mitversicherter Familienangehöriger, zwischen den einzelnen Kassen stark schwankt, würde auch die Höhe der Honorare, die die Ärzte für die Behandlung der Mitglieder verschiedener Kassen erhalten, stark schwanken, wenn die Kassenärztlichen Vereinigungen keinen Ausgleich durchführten.

Auch hier müßte der Ausgleich theoretisch so aussehen, daß eine Durchschnittspauschale ermittelt wird. Sie könnte ganz einfach ermittelt werden, indem die Summe der Pauschalen durch die Anzahl der Anspruchsberechtigten dividiert wird. Diese Maßnahme erübrigt sich allerdings, wenn der oben beschriebene Ausgleich der Grundlohnsummendifferenzen durchgeführt wird. Der Ausgleich der Familienlastquote wird dann äußerlich nur noch darin deutlich, daß die Kassen die Pauschale nur für jedes beitragszahlende Mitglied entrichten.

Ein Ausgleich der unterschiedlichen Familienlastquoten auf der Ebene der Kassenärztlichen Landes- oder gar Bundesvereinigungen erscheint auch in diesem Fall nur dann lohnend, wenn sich in einigen Abrechnungsbezirken starke Abweichungen vom Durchschnitt ergeben. Allerdings ergeben sich besonders hohe Familienlastquoten insbesondere in den ländlichen Gebieten. Da dort andererseits die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen niedriger zu liegen pflegt, ergibt sich quasi automatisch ein Ausgleich.

Damit ist auch bereits eine dritte Ursache für Beitragsatzunterschiede angesprochen: das regionale Gefälle bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen. Eine wesentliche Ursache hierfür liegt wiederum in der unterschiedlichen Umweltbelastung. Sie führt in der Einzelleistungsversicherung dazu, daß die Beiträge in den besonders stark belasteten Gebieten, also insbesondere in den industriellen Ballungsräumen, über dem Durchschnitt liegen. Damit werden die GKV-Mitglieder in diesen Gegenden quasi doppelt bestraft. Wird jetzt jedoch die Pauschalversicherung eingeführt, so ergibt sich für die KVen die Notwendigkeit, in den Ballungsgebieten höhere Pauschalen auszuhandeln, da sonst aufgrund der höheren Kosten für Medikamente, Arbeitsunfähigkeit und Krankenhausaufenthalte die Arzthonorare hier erheblich niedriger ausfallen müßten als in den eher ländlich strukturierten Gebieten.¹

¹ Selbstverständlich gibt es auch außerhalb der Ballungsgebiete kleinere Orte, in denen bestimmte Umstände, z.B. eine stark umweltbelastende Industrieansiedlung oder eine ungünstige Altersstruktur (Kurorte) eine überdurchschnittliche Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bedingen. Dies wird jedoch in der Regel durch die normale Risikostreuung innerhalb eines Abrechnungsbezirkes ausgeglichen.

Hinzu kommt, daß das höhere Leistungsangebot in den Städten regelmäßig auch eine höhere Inanspruchnahme bewirkt, da hier die Opportunitätskosten der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen (Fahrtzeit und -kosten, Wartezeit) wesentlich niedriger sind.¹

Aber auch hier gibt es eine ausgleichende Gegenteilstendenz. In den Ballungsräumen sind in der Regel auch die Löhne und Gehälter und damit auch die Grundlohnsummen der Krankenkassen höher als auf dem Lande bzw. in den Kleinstädten. Dadurch müßte es größtenteils möglich sein, in den Großstädten höhere Pauschalen zu zahlen, ohne daß hierdurch gleich nennenswerte Beitragssatzunterschiede herbeigeführt werden. Kleinere Beitragssatzvorteile in den ländlichen Räumen können zudem auch häufig mit dem insbesondere durch die geringere räumliche Arztdichte bedingten niedrigeren Versorgungsniveau gerechtfertigt werden; geringfügig höhere Arzthonorare üben hier gleichzeitig einen wünschenswerten Anreiz zu vermehrter Niederlassung in diesen Gegenden aus. Es erscheint deshalb ratsam, über die Differenzierung der Pauschalen nach Einkommen und Familienlastquote hinaus keine weiteren Ausgleichsmaßnahmen zu treffen, zumal schwer abzugrenzen ist, inwieweit die höheren Behandlungskosten in den Großstädten wirklich auf die Umweltbelastung zurückzuführen sind, oder ob die Ursache nicht vielmehr in einer anderen Anspruchsmentalität und dem leichteren Zugang zu den medizinischen Leistungen liegt.

Der unterschiedliche Frauenanteil - Frauen verursachen insbesondere im gebärfähigen Alter höhere Durchschnittskosten als gleichaltrige Männer - kann für die Krankenkassen dadurch ausgeglichen werden, daß die Höhe der an die Abrechnungsstelle zu zahlenden Pauschale nicht nach dem Geschlecht des bzw. der Versicherten differenziert wird.

¹Vgl. Metze, Ingolf, Ist Gesundheit ein öffentliches Gut?, a.a.O., S. 186 f.

Bei den Ärzten ergibt sich voraussichtlich durch die normale Risikostreuung ein automatischer Ausgleich.

Ähnliches gilt für Unterschiede in der Altersstruktur. Sie stellen versicherungstechnisch eine intertemporale Umverteilung dar,¹ da der GKV-Versicherte den Versicherungsbeitrag unabhängig von seinem Lebensalter zahlt. Er deckt damit quasi in jungen Jahren die höheren Kosten im Alter ab. Das gleiche Argument läßt sich ebenso für die Rechtfertigung des Familienlastenausgleichs heranziehen.²

Ein anderes Ausgleichsproblem wirft die Krankenversicherung der Rentner auf, weil der Krankenversicherungsbeitrag der Rentner nicht nur nicht kostendeckend ist, sondern noch nicht einmal die Höhe des Durchschnittsbeitrages der Arbeitnehmer erreicht.³ Die noch im Berufsleben stehenden Mitglieder müssen also die Ausgaben für die Rentner mitfinanzieren. Da der größte Teil der Rentner in den Ortskrankenkassen versichert ist, ergeben sich ungerechtfertigte Beitragsatzunterschiede. Es wäre zwar möglich, diese Belastung dadurch auszugleichen, daß die KVen den Kassen mit überdurchschnittlichem Rentneranteil Abschläge bei der Berechnung der Höhe der Pauschale zugestehen. Dagegen spricht jedoch die Tatsache, daß als zweites Ausgleichsproblem gerade die bei den Rentnern anfallenden Behandlungskosten besonders hoch sind.

¹ Vgl. Andel, Norbert, Verteilungswirkungen der Sozialversicherung am Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung der Bundesrepublik Deutschland, in: Wilhelmine Dreißig (Hrsg.): Öffentliche Finanzwirtschaft und Verteilung III, Schriften des Vereins für Socialpolitik N.F., Bd. 71/III, Berlin 1975, S. 71.

² Vgl. ebenda.

³ Die Rentenversicherungen zahlen gegenwärtig etwa 10,3 % der Rentenbezüge an die gesetzliche Krankenversicherung. Vgl. Thelen, Peter, "Rentenengewurstel", in: Handelsblatt v. 27.10.1982.

Deshalb müßte im Interesse der Ärzte eigentlich entweder für Rentner eine spezielle höhere Pauschale gezahlt werden oder von Kassen mit überdurchschnittlich hohem Rentneranteil bei der Festsetzung der Pauschale ein "Zuschlag" ausgehandelt werden.

Für die Versicherten stellt die Krankenversicherung der Rentner eine Form des Solidarausgleichs dar, der sich in den Fällen, in denen die Rentner selbst lange Zeit als zahlendes Mitglied der jeweiligen Kasse angehört haben, auch durchaus rechtfertigen läßt. Andererseits kann man davon ausgehen, daß der überwiegende Teil der GKV-Mitglieder auch Pflichtbeiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung zahlt. Damit findet aber dadurch, daß die Rentenversicherungen keinen angemessenen Krankenversicherungsbeitrag für die Rentner entrichten, lediglich eine Verschiebung statt: das, was in der Rentenversicherung eingespart wird, muß von den Versicherten der Krankenkassen mit hohem Rentneranteil an Krankenversicherungsbeitrag mehr gezahlt werden.

Eine vernünftige Regelung sollte deshalb so aussehen, daß die Rentenversicherungen für ihre Leistungsempfänger einen angemessenen Beitrag zahlen, auch wenn dafür die Beiträge zur Rentenversicherung angehoben werden müssen. Dabei könnte ein Kompromiß in der Pauschalversicherung so aussehen, daß die Rentner einen Beitrag in der Höhe des Beitragssatzes ihrer Kasse multipliziert mit ihrem Einkommen zahlen. Die durch die höhere Leistungsanspruchnahme verursachten Belastungen können dann am einfachsten dadurch auf alle Kassen verteilt werden, daß die Kassen die Höhe ihrer Pauschale nicht nach dem Rentneranteil differenzieren. Das gleiche gilt für die Arbeitslosen.

Tabelle 1: Überblick über den sozialen Ausgleich in der Pauschalversicherung

Art des Risikos	Ausgleich unter den Kassen	Ausgleich unter den Ärzten
allgemeine Versicherten-risikostuktur	Wahlfreiheit	normale Risikostreuung
Spezielle ¹ Risiken		
- Unterschiede in der Grundlohnsumme	Bemessung der Höhe der Pauschale nach dem Durchschnittsgrundlohn	Bildung einer fiktiven Durchschnittspauschale als Abrechnungsgrundlage
- Familienlastquote	Entrichtung der Pauschale nicht für jeden Anspruchsberechtigten, sondern nur für jeden Beitragszahler	Bildung einer fiktiven Durchschnittspauschale für jeden Anspruchsberechtigten als Abrechnungsgrundlage
- Frauenanteil, Altersstruktur	Zahlung einer einheitlichen Pauschale, unabhängig von Alter und Geschlecht des Versicherten	normale Risikostreuung
- Krankenversicherung der Rentner	normaler Beitragssatz für Rentner, Zahlung der gleichen Pauschale wie für im Erwerbsleben stehende Versicherte	normale Risikostreuung, eventuell fiktiver Zuschlag zur Pauschale bei der Abrechnung

¹ sofern sie nicht bereits durch die Wahlfreiheit hinreichend ausgeglichen werden.

Die behandelten Möglichkeiten eines sozialen Ausgleichs haben den Vorteil, daß das Problem der Ermittlung der quantitativen Auswirkung der einzelnen Ursachen für Beitragssatzunterschiede gar nicht erst auftritt bzw. vernachlässigt werden kann. So ist auch eine Differenzierung der Leistungskataloge weiterhin möglich, die Pauschale der jeweiligen Kasse und entsprechend auch der Beitrag müssen dann lediglich um die durchschnittlichen Kosten der "Sonderleistung" erhöht werden. Außerdem ist es durchaus möglich, die Pauschalen der einzelnen Kassen zusätzlich noch nach der Leistungsinanspruchnahme zu differenzieren. Kostenbewußtes Verhalten der Mitglieder sowie hohe Wirtschaftlichkeit in der Verwaltung der Krankenkassen wirken sich weiterhin beitragsatzsenkend aus. Ein schwerer Nachteil der üblichen Finanzausgleichsformen, die lediglich auf eine Vereinheitlichung der Beitragssätze ohne Berücksichtigung der Unterschiede in der Wirtschaftlichkeit und im Leistungsniveau abzielen,¹ wird damit vermieden.

Einwandfrei funktionieren können diese Ausgleichsformen jedoch nur dann, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. So ist es insbesondere wichtig, daß der Staat die Krankenkassen nicht als Instrument zur Lösung von Finanzproblemen der anderen Sozialversicherungsbereiche, also der Renten- und Arbeitslosenversicherung benutzt. Dadurch würde das sorgfältig ausbalancierte Verhältnis zwischen Beitrag und Leistung empfindlich gestört.

Wenn der soziale Ausgleich optimal funktioniert, ist die Höhe der Arzthonorare im Endeffekt genauso hoch wie ohne diese Maßnahmen, das Verhältnis zwischen Preis und Leistung stimmt also auf beiden Seiten, bei den Versicherten und bei den Ärzten - obwohl die Unterschiede in der Risikostruktur der einzelnen Krankenkassen erhalten bleiben.

¹Vgl. Metze, Ingolf, a.a.O., S. 85.

Das ist jedoch nur dann gewährleistet, wenn der Anteil der Pauschalversicherten in allen Krankenkassen ungefähr gleich hoch ist, also nicht z.B. in den Kassen mit hoher Familienlastquote oder niedriger Grundlohnsumme überdurchschnittlich viele Versicherte sich für die Pauschalversicherung entscheiden. Vereinfacht gesagt, muß jedem Pauschalversicherten, für den infolge der angeführten Ausgleichsformen eine niedrigere Pauschale gezahlt wird, ein Pauschalversicherter gegenüberstehen, auf den eine überdurchschnittliche Pauschale entfällt. Gravierende Effekte auf das Arzthonorar ergeben sich jedoch erst, wenn eine sehr starke Polarisierung vorliegt. Dies ist aber allenfalls für die Einführungsphase zu befürchten.

Neben dem dargestellten Problem des Ausgleichs zwischen den Kassen gibt es jedoch auch Probleme beim Ausgleich innerhalb der Kassen. So stellt sich zum einen die Frage, ob für Mitglieder, die sich gesundheitsbewußt verhalten, der gleiche Beitragssatz gelten soll wie für jene, die ihre Gesundheit durch ungesunde Lebensweise - Alkohol und Tabakmißbrauch, Übergewicht, Bewegungsmangel, um nur einige der wichtigsten Faktoren zu nennen - leichtfertig gefährden. Viele von ihnen würden wahrscheinlich mehr Rücksicht auf ihre Gesundheit nehmen, wenn sie wüßten, daß die Folgekosten ihres Lebenswandels nicht von der Solidargemeinschaft getragen werden.

Hier könnte eventuell eine Selbstbeteiligung Abhilfe schaffen, insbesondere wenn es gelänge, sie so auszugestalten, daß neue soziale Ungerechtigkeiten ausgeschlossen werden. Doch wäre es abrechnungstechnisch schwierig und bezüglich der Steuerungswirkungen eine Überfrachtung des Systems der Pauschalversicherung, wenn zusätzlich auch noch eine Selbstbeteiligung durchgeführt würde. Außerdem hätte die Selbstbeteiligung in jedem Fall einen Einfluß auf die Struktur der Leistungen, die der Versicherte in Anspruch nimmt.

Dieser Einfluß soll jedoch den Ärzten vorbehalten werden. Schließlich darf nicht unterschätzt werden, daß dieses Versicherungssystem auch den Ärzten einen starken Anreiz gibt, ihre Patienten über Risiken aufzuklären und sie zu einem gesundheitsbewußteren Verhalten anzuhalten.

b) Einzelleistungsversicherung

Da der Anteil der Arzthonorare an den Gesamtausgaben der Krankenkassen nur etwa 17 % beträgt, läßt sich das Problem des sozialen Ausgleichs in der Einzelleistungsversicherung durch eine Differenzierung der Arzthonorare nicht lösen. Dies ist auch unter dem Gesichtspunkt bedauerlich, als es wünschenswert erscheint, in beiden Versicherungssystemen das gleiche Ausgleichssystem anzuwenden. Andererseits dürfte das auf den ersten Blick relativ komplex erscheinende System des sozialen Ausgleichs über die Höhe der Pauschalen in der Praxis so problemlos durchführbar sein, daß es durchaus zumutbar erscheint, in der Einzelleistungsversicherung ein anderes zusätzliches Instrument anzuwenden.

Ziel des Ausgleichssystems soll es in der Einzelleistungsversicherung ebenfalls sein, ein notwendiges Maß an Ausgleich zu schaffen, ohne mehr in die Autonomie der einzelnen Kassen einzugreifen, als unbedingt notwendig ist.

Hier soll deshalb auf den Vorschlag eines Ausgleichsfonds zurückgegriffen werden.¹ Diese Lösung ist zwar etwas aufwendiger, da bürokratischer als die Differenzierung der Pauschalen. Doch wird sich bereits durch die Ausdehnung der Wahlfreiheit der Umfang des notwendigen Ausgleichs wesentlich verringern.

¹Vgl. Metze, Ingolf, Gesundheitspolitik, a.a.O., S. 73 f.

Zudem kann durch eine Organisation des Ausgleichs durch einen von den Krankenkassen selbstverwalteten Fonds einer übermäßigen Bürokratisierung vorgebeugt werden; bei einem staatlich organisierten Fonds bestände die Gefahr, daß er als Alibi für weitere beitragsstrukturverändernde Eingriffe des Gesetzgebers in die GKV dienen könnte.

Wie in der Pauschalversicherung gilt auch hier der Grundsatz, daß nicht ein einheitlicher Beitragssatz, sondern ein gerechtes Verhältnis von Beitrag und Leistung das Ziel des Ausgleichs sein soll. Es empfiehlt sich deshalb, den Ausgleich jeweils an bestimmte Kriterien zu knüpfen, also lediglich Abweichungen von den Durchschnittswerten bei Grundlohnsumme, Familienlastquote und Rentneranteil auszugleichen, bei extremer Risikoverteilung auch Unterschiede in der Altersstruktur und beim Frauenanteil (vgl. S. 48 ff.). Dabei kann das Ausgleichsvolumen durch die Festlegung bestimmter Toleranzwerte wesentlich verringert werden, ohne daß dabei große Abstriche bei der Beitragssatzgerechtigkeit hingenommen werden müßten.

Praktisch könnte diese Form des Ausgleichs so aussehen, daß alle Krankenkassen in regelmäßigen Abständen, also z.B. jährlich, die für den Ausgleich relevanten Daten, also Grundlohnsummen, Rentneranteil und Familienlastquote an einen von den Krankenkassen geschaffenen Fonds melden. Dort werden dann jeweils die Durchschnittsgrößen für das beitragspflichtige Einkommen je Mitglied sowie die Anzahl anspruchsberechtigter Familienangehöriger und der Rentner ermittelt.

Will man die Höhe der Ausgleichszahlungen exakt berechnen, so muß man zunächst einen "neutralen Beitragssatz" berechnen. Dieser Beitragssatz ist definiert als der Beitragssatz, den die Mitglieder einer Krankenkasse mit einem standardisierten Leistungskatalog, einer durchschnittlichen Inanspruchnahme der Leistungen - was wiederum durchschnittliche Alters- und Geschlechtsstruktur voraussetzt - einer durchschnittlichen Grundlohnsumme und einer durchschnittlichen Familienlastquote zu zahlen hätten. Am einfachsten, wenn auch nicht ganz so exakt, ist es, wenn man vom Durchschnittsbeitragssatz ausgeht. Sodann wird für jede Kasse ermittelt, wie hoch ihr Standardbeitragssatz wäre, den sie erheben müßte, wenn sie ebenfalls den Standardleistungskatalog hätte und die Leistungsanspruchnahme der Mitglieder durchschnittlich wäre. Weicht dieser Standardbeitragssatz von dem neutralen Beitragssatz ab, so ist die Differenz auf Unterschiede in der Grundlohnsumme, der Familienlastquote oder dem Rentneranteil zurückzuführen und sollte deshalb durch den Fonds ausgeglichen werden. Das bedeutet, daß Kassen mit hohem Einkommensniveau der Mitglieder bzw. niedriger Familienlastquote oder geringem Rentneranteil Ausgleichsbeträge abführen und dazu entweder die Leistungen einschränken oder die Beiträge erhöhen müssen; Kassen mit ungünstiger Mitgliederstruktur hingegen erhalten Zuschüsse. Wenn der neutrale Beitragssatz sowie die Standardbeitragssätze genau richtig berechnet wären, müßten sich die Einnahmen und Ausgaben des Fonds genau saldieren.¹

¹Die Grundidee dieses Ausgleichs ist ausführlich dargestellt in: Metze, Ingolf, Gesundheitspolitik, a.a.O., S. 73.

Das Rechnen mit den Durchschnittsgrößen macht den Ausgleichsfonds auf den ersten Blick etwas umständlich. Auf den zweiten Blick erkennt man jedoch, daß mit diesem relativ geringen Datenaufwand einige gravierende Nachteile des herkömmlichen Finanzausgleichs, bei dem das Ziel hauptsächlich in einer Nivellierung der Beitragsätze und Leistungen gesehen wurde, vermieden werden können: die wirtschaftliche Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und rationelle Mitgliederverwaltung der Kassen werden nicht mehr bestraft und auch die Möglichkeit, den Leistungskatalog auf die Wünsche und Bedürfnisse der Mitglieder abzustellen, bleibt erhalten.

Ein Ärgernis für viele Versicherte ist die sogenannte Beitragsbemessungsgrenze; sie führt praktisch zu einem degressiven Beitragssatz für Bezieher von Einkommen oberhalb dieser Grenze.¹ Besondere Ungerechtigkeiten ergeben sich im Zusammenwirken mit der Familienhilfe: Eine Familie mit einem Einkommen oberhalb der Beitragsbemessungsgrenze zahlt in der GKV bis zu doppelt so viel Krankenversicherungsbeitrag, wenn beide Ehegatten erwerbstätig sind, als wenn das gleiche Einkommen von einem Ehepartner allein erwirtschaftet wird und die Ehefrau Anspruch auf kostenlose Mitversicherung hat.² Auch die Möglichkeit, sich als Angestellter nach Erreichen der Versicherungspflichtgrenze freiwillig in der GKV weiterzuversichern, ist nicht unproblematisch. Abgesehen davon, daß es unsinnig ist, den Arbeitern diese Wahlmöglichkeiten zwischen GKV und PKV vorzuenthalten, besteht Grund zu der Annahme, daß die Arbeitnehmer sehr genau abwägen, welche Form der Versicherung für sie kostengünstiger ist.

¹Vgl. Mössinger, Paul, So kann es nicht weitergehen. Zur Krise der gesetzlichen Krankenversicherung, Heidelberg 1978, S. 107 f.

²Vgl. Institut für Gesundheits-System-Forschung (Hrsg.), Gesetzliche Krankenversicherung; Analysen - Probleme - Lösungsansätze, bearbeitet von Fritz Beske und Thomas Zalewski, Kiel 1981, S. 73 f.

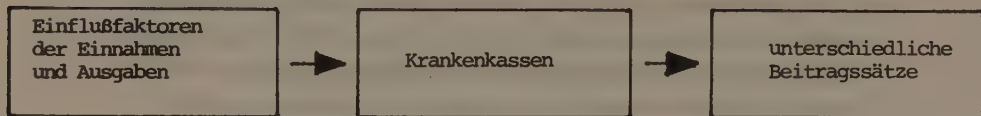
Die Folge davon ist, daß überwiegend die schlechten Risiken, also Versicherte mit hohem Krankheitsrisiko oder mehreren anspruchsberechtigten Familienangehörigen als freiwillige Mitglieder in die GKV eintreten bzw. nach Erreichen der Versicherungspflichtgrenze dort weiterhin versichert bleiben. Sie zahlen dann zwar den Höchstbeitrag - doch ob der unter diesen Umständen kostendeckend ist, ist zweifelhaft. Es ist deshalb nicht auszuschließen, daß in vielen Fällen die freiwilligen Mitglieder von der Solidargemeinschaft der Pflichtversicherten mitgetragen werden müssen.

Beide Probleme - die Ungleichbehandlung einzel- und doppelverdienender Ehegatten und das der freiwilligen Mitglieder - ließen sich dadurch lösen bzw. weitgehend entschärfen, daß man die Beitragsbemessungsgrenze entweder höher ansetzt als die Pflichtversicherungsgrenze oder ganz wegfallen läßt.¹ Dies kann durchaus ein Beitrag zur Erhöhung der sozialen Gerechtigkeit sein, vorausgesetzt, man stellt allen Arbeitnehmern - und nicht wie bisher nur den Angestellten - mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze frei, sich privat zu versichern.

¹ Da es überwiegend Versicherte mit mitversicherten Familienangehörigen sind, die als freiwillige Mitglieder in der GKV bleiben und dort dann häufig Kosten verursachen, die über ihrem Beitrag liegen, wäre es zumindest sinnvoll, bei dieser Mitgliedergruppe wieder Familienzuschläge zu erheben. Dieser Zuschlag könnte so ausgestaltet werden, daß für Versicherte mit Anspruch auf Familienhilfe die Beitragsbemessungsgrenze höher angesetzt wird (z.B. in Höhe der Beitragsbemessungsgrenze der Rentenversicherung). Dadurch würde gleichzeitig eine Wettbewerbsverzerrung zwischen GKV und PKV abgemildert.

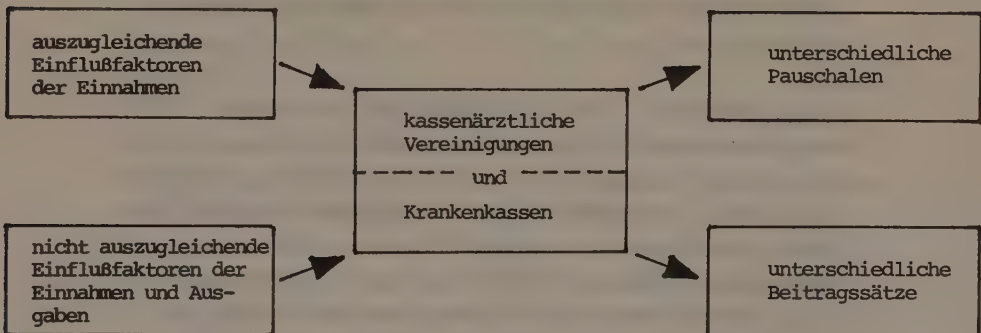
Abb. 2: Ausgleich von Einnahmen und Ausgaben der Krankenkassen in verschiedenen Versicherungssystemen

1. ohne sozialen Ausgleich

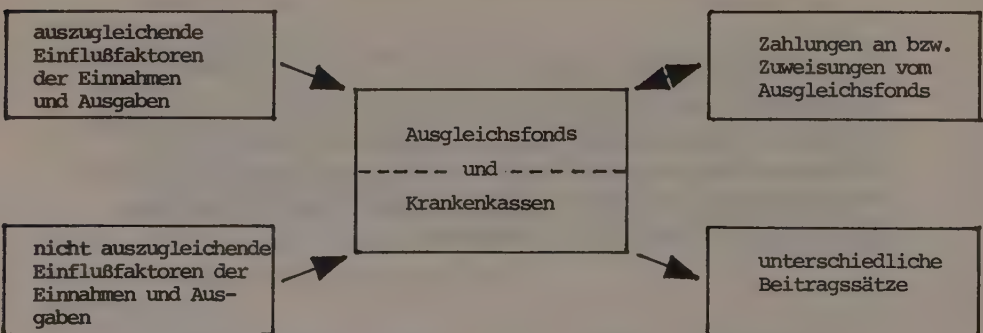


2. mit sozialem Ausgleich

a) Pauschalversicherung



b) Einzelleistungsversicherung



Anders als in der Pauschalversicherung erscheint es in der Einzelleistungsversicherung durchaus sinnvoll zu untersuchen, ob eine Selbstbeteiligung zu einer weiteren Erhöhung der Beitragsgerechtigkeit führen kann.

Grundsätzlich ist bei jeder Form der Selbstbeteiligung zu berücksichtigen, daß sie nicht zu niedrig sein darf. Sonst besteht die Gefahr, daß die Verwaltungskosten in keinen angemessenen Verhältnis zum erhobenen Betrag stehen und damit auch keine Beitragssenkungen möglich sind (wie z.B. bei der gegenwärtigen Beteiligung an den Krankenhauskosten). Zudem kann nur eine spürbare Selbstbeteiligung die Leistungsinanspruchnahme der Versicherten beeinflussen. Mit steigender Selbstbeteiligung wächst aber auch die Gefahr, daß unzumutbare Belastungen für chronisch Kranke oder sozial schwache Versicherte entstehen. "Das Hauptproblem besteht darin, daß eine Selbstbeteiligung nur ungenügend zwischen einer überdurchschnittlichen Nachfrage aufgrund eines schlechten Gesundheitszustandes oder eines fehlentwickelten Kostenbewußtseins differenzieren kann."¹

In den nächsten Jahren werden jedoch die Niederlassungszahlen der Ärzte stark steigen mit der Folge, daß die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen für die Versicherten mit immer weniger Opportunitätskosten in Form von Wege- und Wartezeiten verbunden sein wird. Damit wächst aber auch die Gefahr einer immer unwirtschaftlicheren Verwendung der ärztlichen Leistungen.²

¹Henke, Klaus-Dirk, Ursachen der Kostensteigerungen, in: Wirtschaftsdienst, 57. Jg. (1977), S. 183.

²Vgl. Metze, Ingolf, Ist Gesundheit ein öffentliches Gut?, a.a.O., S. 186 f.

Es bietet sich daher an, eine Selbstbeteiligung für die ambulanten ärztlichen Leistungen zu erheben, um so die Bagatellfälle vom Arztbesuch, der ja auch fast immer mit Folgekosten für die Krankenkassen verbunden ist, abzuhalten. Diese Lösung erscheint auch deshalb besonders sinnvoll, weil die Pauschalversicherung zwar starke Anreize zur wirtschaftlichen Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Krankenhauspflege und Arbeitsunfähigkeit gibt. Die Ausdehnung der eigenen Leistungen ist jedoch für den Arzt mit unterausgelasteten Kapazitäten weiterhin gewinnbringend. Eine Selbstbeteiligung auf die ambulanten Leistungen in der Einzelleistungsversicherung könnte hier zu einer höheren Wirtschaftlichkeit führen. Damit würde auch für die Beurteilung der ambulanten Leistungen in der Pauschalversicherung ein Maßstab geschaffen.

Eine sozial besonders verträgliche Form der Selbstbeteiligung an den Kosten der ambulanten Versorgung ist die Krankenscheinprämie. Anfang der 70er Jahre wurde Versicherten, die einen Krankenschein nicht in Anspruch genommen hatten, DM 10,00, maximal DM 30,-- jährlich, erstattet. Dieses Experiment wurde jedoch nach kurzer Zeit wieder abgebrochen, da sich die Spitzenverbände der Krankenkassen darin einig waren, daß auf diesem Wege eine Kostendämpfung nicht erreicht werden konnte.¹ Zwar hatte die Zahl der abgerechneten Fälle je Mitglied geringfügig abgenommen, der Leistungsbedarf je Abrechnungsfall stieg jedoch überproportional an.²

¹Vgl. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), Bericht der Bundesregierung über die Erfahrungen mit den neugefaßten § 188 der Reichsversicherungsordnung (Zahlung von Prämien für nicht in Anspruch genommene ärztliche Behandlungen und Krankenhauspflege - Krankenscheinprämie), Bonn 1972, S. 5.

²ebenda.

Hinzu kommen unvertretbar hohe Verwaltungskosten sowie das Gefühl, daß die Krankenscheinprämie im Widerspruch zu den gleichzeitig eingeführten Maßnahmen zur Krankheitsfrüherkennung stehe.¹ Das letzte Argument dürfte auch gegen jede Form einer "echten" Selbstbeteiligung an den Kosten der ambulanten Behandlung angeführt werden. Schließlich soll eine Selbstbeteiligung ja gerade nicht nur zu einer Verlagerung von Kosten, sondern zu einer echten Senkung der Inanspruchnahme führen. Dies kann insbesondere dadurch erreicht werden, daß die sogenannten Bagatellfälle reduziert werden. Empirische Untersuchungen aus dem Jahre 1976 im Landkreis Lindau ergaben, daß immerhin 18 % aller Patienten ihr Problem, das zum Arztbesuch geführt hatte, als geringfügig einstufen;² die Ärzte stuften sogar 25 % aller Arztkontakte in diese Kategorie ein.³ Die Tatsache, daß die Patienten ihre Probleme durchweg als schwerwiegender einstufen als die Ärzte, zeigt, daß die Gefahr, im Falle einer Selbstbeteiligung könnten dringend notwendige Arztkontakte unterbleiben, eher gering einzuschätzen ist.

Die wirksamste Lösung wäre die Selbstbeteiligung in Form einer sog. Franchise.⁴ Der Patient müßte hier die Arztkosten bis zu einer bestimmten Höhe, z.B. DM 30,00 pro Quartal, also DM 10,00 pro Monat, selber tragen. Was darüber hinausgeht, zahlt die Krankenkasse.

¹Vgl. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), Bericht der Bundesregierung über die Erfahrungen mit dem neugefaßten § 188 der Reichsversicherungsordnung (Zahlung von Prämien für nicht in Anspruch genommene ärztliche Behandlungen und Krankenhauspflege - Krankenscheinprämien), a.a.O., S. 5.

²Vgl. Brenner, Gerhard, Selbstbeteiligung - ein interessantes Rechenbeispiel, in: Der Deutsche Arzt, 39. Jg. (1979), Heft 21/1979, S. 12.

³ebenda.

⁴Vgl. Metze, Ingolf, Gesundheitspolitik, a.a.O., S. 80.

Ein Betrag in dieser Höhe wäre spürbar, aber durchaus tragbar, zumal ja auch gleichzeitig die Krankenkassenbeiträge sinken. Kinder können ja, um soziale Härten zu vermeiden, davon ausgenommen werden. Eine solche Selbstbeteiligung wäre relativ einfach zu erheben und gleichzeitig geeignet, die Beitragsgerechtigkeit zu erhöhen. Jetzt wäre es nämlich auch möglich, nicht monetäre soziale Faktoren auszugleichen, die in der Person der Versicherten begründet sind.

Einen vollkommenen sozialen Ausgleich wird es nie geben. Doch ist es wichtig und daher einige Mühe wert, ein gerechtes Beitragssystem zu schaffen. Es kann auch viel dazu beitragen, die Kosten zu dämpfen. Denn Versicherte, die ihren Beitrag als angemessen betrachten, haben es nicht mehr nötig, möglichst viele Leistungen herauszuholen. Damit der Beitrag angemessen ist, muß jedoch nicht nur der soziale Ausgleich optimal sein, sondern es muß auch alles getan werden, um die Kosten in vertretbaren Größenordnungen zu halten. Dabei spielt die Form der Arzthonorierung insbesondere in der Pauschalversicherung eine entscheidende Rolle.

III. Arzthonorierung und Abrechnungssysteme

1. Möglichkeiten der Arzthonorierung

Um im folgenden Mißverständnisse zu vermeiden, sollen zunächst zwei Grundbegriffe aus dem Bereich der Vergütung kassenärztlicher Leistungen gegeneinander abgegrenzt werden: die Gesamtvergütung und die eigentliche Arzthonorierung. Dies ist deshalb erforderlich, weil die Vergütung in der Bundesrepublik in zwei Phasen erfolgt.¹ Die zur Abgeltung der von den Kassenärzten erbrachten Leistungen von den Krankenkassen an die kassenärztlichen Vereinigungen gezahlte Summe wird als "Gesamtvergütung" bezeichnet. Nach geltendem Recht² kann die Höhe der Gesamtvergütung sowohl nach Einzelleistungen berechnet werden, als auch auf der Basis von Kopf- oder Fallpauschalen oder als Festbetrag ermittelt werden; auch Mischsysteme sind zugelassen.

Erst die zweite Phase stellt die eigentliche Arzthonorierung dar, also die Verteilung der Gesamtvergütung durch die KVen an die Ärzte.

¹Vgl. hierzu auch Liebold, Rolf, Die Bedeutung alternativer Vergütungssysteme aus der Sicht der kassenärztlichen Vereinigungen, in: Blohmke, M., Boschke W. (Hrsg.), Gesundheits-System-Forschung. Freie Vorträge, Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin, Stuttgart 1981, S. 87 ff.

²Vgl. § 368 f. Abs. 2 RVO: "Die Höhe der Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen vereinbart. Die Gesamtvergütung kann als Festbetrag oder unter Berücksichtigung des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen, nach einer Kopfpauschale, nach einer Fallpauschale oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt. Dabei können auch Regelungen vorgesehen werden, die medizinisch vertretbar sind."

Dabei kann grundsätzlich unabhängig von der Art der Berechnung der Gesamtvergütung ebenfalls eine Honorierung nach Einzelleistungen oder durch Pauschalen oder aber nach einem Mischsystem vorgenommen werden.¹ Wird die Gesamtvergütung allerdings nach einem Pauschalssystem berechnet, so ist eine Einzelleistungshonorierung nur mit der Einschränkung durchführbar, daß entweder Abstriche vorgenommen werden, wenn die Honoraranforderungen die Höhe der Gesamtausgaben übersteigen oder eine Bewertung der Einzelleistungen statt mit DM-Beträgen mit Punkten vorgenommen wird. Der DM-Wert jeder Einzelleistung ergibt sich dabei erst am Ende der Abrechnungsperiode.² Dann nämlich wird die Gesamtvergütung durch die Summe der in Punkten ausgedrückten Honoraranforderungen dividiert und der so errechnete Punktwert (Wert für 1 Punkt in DM) mit den Punktzahlen der Einzelleistungen multipliziert. Im Gegensatz zur Honorierung der Ärzte "nach Einzelleistungen in Höhe vorher festgelegter Gebührenwerte"³, wie sie heute allgemein üblich ist, spricht man in einem solchen System von der Vergütung "nach Einzelleistungen in Höhe sich nachträglich ergebender Werte"⁴.

¹Vgl. § 368 f. Abs. 1 KVO: "Die Krankenkasse entrichtet nach Maßgabe des Gesamtvertrages für die gesamte kassenärztliche Versorgung (§ 368) mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung. Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt die Gesamtvergütung unter die Kassenärzte. Sie wendet dabei den Verteilungsmaßstab an, den sie im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzt hat. Bei der Verteilung sind Art und Umfang der Leistungen des Kassenarztes zugrunde zu legen; eine Verteilung der Gesamtvergütung nur nach der Zahl der Behandlungsfälle (Krankenscheine) ist nicht zulässig. Der Verteilungsmaßstab soll zugleich sicherstellen, daß eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenarztes verhütet wird."

²Zur Steuerungswirkung einer derart variablen Form der Einzelleistungsvergütung vgl. ausführlich Metze, Ingolf, Gesundheitspolitik, a.a.O., S. 91 ff.

³Liebold, Rolf, a.a.O., S. 94.

⁴ebenda.

Eine solche Vergütung war nach dem zweiten Weltkrieg in der Bundesrepublik für die RVO-Kassen üblich. Sie erwies sich jedoch als nicht sehr beständig. Die Ursache dafür lag jedoch nicht nur allein am Interesse der Ärzte an der Durchsetzung einer "reinen" Einzelleistungsvergütung mit ex-ante festgelegten Gebühren. Auch die RVO-Kassen selbst meinten, ihr Prestige als "Arme-Leute-Krankenkassen" nur aufbessern zu können, indem sie dem Drängen der niedergelassenen Ärzte nach ex-ante ausgehandelten Gebührensätzen Ende der fünfziger Jahre nachgaben. Diese Umstellung war übrigens damals auf beiden Seiten, also sowohl bei den Ärzten als auch bei den RVO-Kassen, nicht unumstritten. Es gehörten allerdings weniger hellseherische Fähigkeiten dazu als vielmehr Courage, die mit einer Einzelleistungshonorierung als einzigem Vergütungssystem verbundenen Konsequenzen nicht nur vorausszusehen, sondern auch offen auszusprechen. Es war vorausszusehen, daß die Einbindung der Ärzte in die Ethik ihres Berufsstandes einen dauernden Konflikt mit ihren ökonomischen Interessen nicht unbeschadet überstehen konnte.

Heute werfen Kritiker der reinen Einzelleistungsvergütung vor, sie habe "zur ständigen Überfrequentierung der ärztlichen Sprechstunden, zur Verkürzung der Arztkontakte und zu deren entsprechender Vermehrung geführt, zugleich auch das Ausweichen in die Medikamentenverordnung als zeitsparende Therapie"¹ gefördert.

¹ Jahn, Erwin, Expertise über die Möglichkeiten einer Verbesserung des Gesundheitsstandes und Hebung des Leistungsniveaus der sozialen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland nach Verlust des finanziellen Spielraums der sozialen Krankenversicherung, in: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.), Leistungssteigerungen im Gesundheitswesen bei Nullwachstum, WIDO-Materialien 14, Bonn 1981, S. 78.

Dieser herben Kritik der Einzelleistungsvergütung setzen die Ärzte gerne das Argument entgegen, ein großer Teil der Leistungsausdehnung der letzten Jahre und Jahrzehnte sei auf die Fortschritte der Medizin zurückzuführen: erst die Kombination des Fortschritts in den Behandlungsmöglichkeiten mit der Einzelleistungsvergütung habe zu der Kostenexplosion der letzten Jahre geführt. Dies gälte insbesondere für die Versorgung mit medizinisch-technischen Leistungen.¹ Neuere ökonomische Untersuchungen weisen jedoch anhand von Daten aus den Jahren 1970-75 nach, daß der Umsatz in der ambulanten Behandlung weitgehend von der Zahl der niedergelassenen Ärzte abhängig ist.² Sogar der Faktor "Patientenzahl", also die Zahl der Behandlungsfälle hat weniger Einfluß auf das Gesamthonorarvolumen als der Faktor "Ärztzahl", d.h. sinkende Patientenzahlen werden vom einzelnen Arzt dadurch ausgeglichen, daß er mehr Leistungen erbringt.³ Angesichts der zu erwartenden Ärzteschwemme sind deshalb Ausgabensteigerungen erheblichen Ausmaßes zu erwarten. Dieses wachsende Angebot scheint allerdings auf eine unbegrenzt wachsende Nachfrage zu treffen. "Jedes zusätzliche Angebot ärztlicher Leistungen scheint von der Nachfrage in vollem Umfang und un-mittelbar absorbiert zu werden."⁴

¹ Zum Angebot medizinisch-technischer Leistungen durch die niedergelassenen Ärzte vgl. ausführlich, Metze, Ingolf, Gesundheitspolitik, a.a.O., S. 93 ff.

² Vgl. Krämer, Walter, Eine ökonomische Untersuchung des Marktes für ambulante ärztliche Leistungen, Discussion Paper No. 110/1979 der Universität Mannheim, S. 24.

³ ebenda.

⁴ Thieneyer, Theo, Der Wandel der Stellung des Arztes im Einkommensgefüge, Arzteinkommen, Honorierungssystem, ärztliche Tätigkeit in: Sozialer Fortschritt 23. Jg. (1974), S. 148.

Andererseits stellt sich die Frage, ob dieser Fortschritt einer so breiten Bevölkerungsschicht zugänglich gemacht worden wäre, wenn es die reine Einzel Leistungsvergütung nicht gegeben hätte. Denn das ist zweifellos ein Vorteil dieser Honorierungsform: die Ärzte haben ein starkes Interesse daran, ihre Patienten so umfassend wie möglich zu versorgen. Sie sind deshalb in diesem System auch stark an Weiterbildungsmaßnahmen interessiert, die es ihnen ermöglichen, ihre Patienten stets nach dem neuesten Stand der Medizin und das bedeutet gleichzeitig auch unter Einsatz teurerer und gewinnbringender medizinisch-technischer Leistungen behandeln zu können. Grundsätzlich kann man sagen, daß der Satz, den die Sozialenquete-Kommission Mitte der sechziger Jahres geschrieben hat, auch heute noch gilt: "Das Problem der Arzthonorierung erweist sich als eines der dornenvollsten, wenn nicht überhaupt als das entscheidende Problem einer Reform der GKV. Es kann durch keine noch so perfekte amtliche Gebührenordnung gelöst werden"¹

Die Gebührenordnung setzt den Rahmen für die Versorgung der Versicherten. Nur Leistungen, die in der Gebührenordnung aufgeführt sind, können zu Lasten der Krankenkassen abgerechnet werden. Die Gebührenordnung stellt sicher, daß die Ärzte leistungsgerecht honoriert werden, also für unterschiedliche Behandlungsweisen differenzierte Honorare erhalten. Gleichzeitig ist die Gebührenordnung das zentrale Steuerungselement jeder Einzel Leistungsvergütung.²

¹Bogs, Walter, u.a., Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Bericht der Sozialenquete-Kommission, Stuttgart, o.J., S. 229.

²Diese These war lange Zeit umstritten, wird jedoch inzwischen von den Ärzten selbst zugegeben, z.B. wenn sie fordern, die Beratung besser zu vergüten, um ihr so wieder einen höheren Stellenwert bei der ärztlichen Behandlung zu verschaffen. Vgl. Schmitz-Formes, Josef, Aktuelle Aspekte der Honorierung ärztlicher Leistungen in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 44 vom 2.11.1978, S. 2604.

Je nachdem, wie hoch die Relation zwischen dem nach Abzug der anfallenden Sachkosten verbleibenden Honoraranteil und der zur Erstellung der Leistung notwendigen Arbeitszeit ist, besteht für den Arzt ein Anreiz, bestimmte Leistungen bevorzugt einzusetzen.¹ Ein Beweis dafür, daß diese Steuerungsfunktion tatsächlich besteht, ist die Ausdehnung der Labor- und apparativen Leistungen, bei denen lange Zeit ein für die Ärzte sehr günstiges Verhältnis von Honorar zu Zeitaufwand bestand.

Diese Leistungskategorie zeigt besonders deutlich die Vorteile, aber auch die Grenzen und Probleme der Steuerungsfunktion der derzeitigen Gebührenordnung auf. Bei dieser Leistungskategorie fallen besonders hohe Fixkosten² an. Je nach Auslastungsgrad der Geräte ist jedoch der auf eine einzelne Leistung entfallende Fixkostenanteil sehr unterschiedlich: tendenziell ist dieser Fixkostenanteil umso niedriger, je stärker die Geräte ausgelastet sind.³ Ärzte, die besonders viele Leistungen einer bestimmten Art erbringen, erzielen mit dieser Leistung auch einen besonders hohen Gewinn. Das hat häufig die unerwünschte Konsequenz, daß viele Ärzte apparative Leistungen ohne medizinische Notwendigkeit erbringen. Das Bedürfnis der Ärzte nach Informationen für die Diagnosen und der Versuch, unterschiedliche Therapiemethoden auszuprobieren, ist mit ihrem Einkommensinteresse konform.

¹Metze, Ingolf, Gesundheitspolitik, a.a.O., S. 91 ff.

²Zu den Fixkosten zahlen die zeitabhängigen Abschreibungen sowie Zinsen, Mieten und Personalkosten. Diese Kosten fallen zwar allgemein in jeder Praxis an, erhöhen sich jedoch bei Ausstattung einer Praxis mit Laborgeräten, Röntengeräten etc. stark überproportional.

³Dies hat zur Folge, daß die Zahl der Leistungen steigt, wenn die Honorare sinken, vgl. Metze, Ingolf, Gesundheitspolitik, a.a.O., S. 93 ff.

Andererseits fördert es aber auch den Zusammenschluß von Ärzten zu Apparate- bzw. Laborgemeinschaften; die dadurch erreichten Kostensenkungen ermöglichen nach einer Übergangsfrist fast immer auch Gebührensenkungen und sind damit auch für die Versicherten mit Vorteilen verbunden.

Dies gilt für die sich ebenfalls ergebenden Anreize zur Spezialisierung der Ärzte nur bedingt. Durch die Arbeitsteilung wird zwar eine höhere Effizienz bei der Erstellung der Leistungen erreicht, dieser Effizienzvorteil schlägt sich aber nur dann in Kostensenkungen nieder, wenn die Ärzte ihre Patienten auch so überweisen, daß jeweils die Leistungen erstellt werden, die die effizienteste Behandlung ermöglichen, und zwar von den Ärzten, die diese am kostengünstigsten erbringen. Die EinzelLeistungsvergütung gewährleistet dieses rationale Überweisungsverhalten jedoch nicht. Im Gegenteil - jeder Arzt ist bemüht, den größtmöglichen Teil jeder Behandlung selbst durchzuführen.¹ Das wiederum hat zur Folge, daß Überweisungen zu lange hinausgezögert werden, unzureichende oder überflüssige Maßnahmen getroffen werden und ein nicht geringer Teil der Leistungen, insbesondere bei der Diagnose doppelt vorgenommen wird.

Auch aus der Sicht der Patienten ist diese Form der Honorierung auf die Dauer unbefriedigend. Zwar haben sie einerseits das Gefühl, daß der Arzt nichts Notwendiges unterläßt und wahrscheinlich auch keine Maßnahme, die einen gewissen Erfolg verspricht, unversucht lassen wird. Auch den Patientenwünschen wird er relativ bereitwillig nachkommen.

¹ Dieses Problem ließe sich auch durch die von METZE vorgeschlagene Aufspaltung des Honorars in einen Sachkosten- und einen Befundungsanteil lösen, vgl. Metze, Ingolf, Gesundheitspolitik, a.a.O., S. 110 ff.

Doch bleibt andererseits stets das unangenehme Bewußtsein, daß der Arzt im Prinzip gegen seine ökonomischen Interessen handelt, wenn er den Patienten so schnell wie möglich und ohne überflüssige - für den Patienten ja in den überwiegenden Fällen mit gewissen Unannehmlichkeiten verbundene - Untersuchungen von seinem Leiden befreit.¹

Auch die gegenwärtigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen anhand von Fallkostendurchschnitten vermögen bei einem gleichgerichteten Verhalten der Ärzte keine wirksame Kontrolle der ärztlichen Behandlungsweise zu garantieren, sie sind zudem für den Arzt manipulierbar.²

So wird es letztlich dem Versicherten zugemutet, durch ständig steigende Beiträge eine Gesundheitsversorgung zu finanzieren, von der er annehmen muß, daß sie letztlich nur bedingt auf die tatsächliche Erhaltung bzw. Wiederherstellung seiner Gesundheit ausgerichtet ist, die unter Umständen sogar seine Gesundheit gefährdet. Das beeinträchtigt natürlich auch das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient.

Dieses Vertrauensverhältnis sollte jedoch paradoxerweise gerade durch die Einzelleistungsvergütung verbessert werden. Denn, so die Argumentation der Ärzte, die Pauschalvergütung wecke in den Patienten den Verdacht, der Arzt tue nicht alles in seiner Macht stehende, um den Patienten zu heilen.

¹Genau genommen ist die ärztliche Ethik das einzige, was den Arzt daran hindert, in jedem Patienten "ein Huhn, das goldene Eier legt" zu sehen. Das Vertrauen der Patienten in diese Ethik ist jedoch durch zahlreiche Sensationsmeldungen der Presse über ärztliche Kunstfehler, Regreßforderungen der Krankenkassen etc. bereits arg strapaziert worden.

²Vgl. Stirn, Hans, Wenn Ärzte zuviel verordnen Die Fragwürdigkeit der Überprüfung kassenärztlicher Praxen in Arbeit und Sozialpolitik, 24. Jg. (1970), S. 188.

Für den Patienten lautet mithin die Schlüsselfrage: Welche Form der Arzthonorierung strapaziert die ärztliche Ethik am wenigsten? Die beste Vorbeugung gegen eine Verschwendung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen im Rahmen einer marktwirtschaftlichen Steuerung ist die Pauschalhonorierung.¹

Unter den verschiedenen Arten der Pauschalhonorierung stellt wiederum das Fixum die extremste Form dar. Da der Arzt hier quasi Angestellter der Krankenkasse ist, sich die Behandlung von Patienten also nicht mehr positiv auf seine Einnahmen auswirkt, besteht für ihn ein Anreiz, seine ärztlichen Aktivitäten zu minimieren.² Das hat für die Patienten die Konsequenz, daß der Arzt kein besonderes Interesse an Dauerpatienten hat;³ es gibt auch unter den Ärzten keinen Wettbewerb um die Patienten. Sie müssen sich deshalb auf ungünstige Praxisstandorte und Öffnungszeiten sowie lange Wartezeiten einstellen;⁴ die Bereitschaft der Ärzte, sich auch in ländlichen Gebieten niederzulassen, ist nur sehr gering. Auch die Neigung, arzneimittelintensiv zu behandeln sowie Patienten, die einer relativ zeitaufwendigen Behandlung und Betreuung bedürfen, an Kollegen zu überweisen oder in ein Krankenhaus einzuweisen, ist groß.⁵ Es entsteht somit eine Unterversorgung mit ambulanten ärztlichen Leistungen bei hohen Kosten für Krankenhausaufenthalte und Arzneimittel.

¹Vgl. Oberender, Peter, a.a.O., S. 160.

²Ähnlich verhält es sich ja auch bei der Behandlung von Kassenpatienten durch die Ambulanzen der Krankenhäuser.

³Vgl. Thiemeyer, Theo, Sozialpolitische und ökonomische Probleme ärztlicher Honorargestaltung, in: Sozialer Fortschritt, 19. Jg. (1970), S. 103.

⁴Vgl. Schulenburg, Johann-Matthias Graf v.d., Systeme der Honorierung freipraktizierender Ärzte und ihre Allokationswirkungen, Tübingen 1981, S. 265.

⁵ebenda.

Der einzige Vorteil dieser Honorarform liegt für die Versicherten darin, daß der Arzt nicht nur Interesse an möglichst wenig Patienten hat, sondern auch daran, daß sie relativ gesund sind. Er wird deshalb die Patienten, die krank sind, auch nicht mit langwierigen Behandlungen hinhalten, sondern möglichst schnelle Behandlungserfolge zu erzielen versuchen, um so seinen Arbeitseinsatz zu minimieren. An Weiterbildungsmaßnahmen sowie an einer Anwendung des medizinischen Fortschritts wird er nur insoweit interessiert sein, wie es ihm ermöglicht wird, seine Kosten dadurch zu senken. Außerdem wird er gezielte Vorsorgemaßnahmen treffen, um zu verhindern, daß die Patienten chronisch erkranken, insbesondere dann, wenn eine Überweisung nicht ohne Nachteil für den Arzt (z.B. Verlust der Pauschale) möglich ist. Dies wirkt sich, ebenso wie das Interesse der Ärzte an einer effizienten Erstellung ihrer Leistungen, langfristig kostendämpfend aus.

Diese positive Wirkung ergibt sich auch bei der Honorierung in Form von K o p f p a u s c h a l e n, wenn sie so ausgestaltet ist, daß der Arzt für jeden potentiellen Patienten eine Pauschale erhält - eine Form der Honorierung, die ein Einschreibesystem erforderlich macht. Man darf allerdings nicht - wie in England - den Fehler machen, den Ärzten einen festen Patientenstamm zuzuteilen. Dies hätte, ähnlich wie das Fixum, die Wirkung, daß der Arzt seine Leistungen auf das Nötigste beschränkt ¹ und alle komplexeren Fälle in das Krankenhaus abschiebt. ² Sinnvoller ist es, den Versicherten freie Arztwahl zu lassen. Dann wird der Arzt auch bereit sein, auf die speziellen Wünsche seiner Patienten einzugehen, denn er hat nicht mehr nur Interesse an gesunden, sondern auch an einer möglichst großen Zahl von bei ihm geführten Patienten.

¹Vgl. Thieneyer, Theo, Der Wandel der Stellung des Arztes im Einkommensgefüge, a.a.O., S. 147.

²Vgl. Haarmann, Michael, a.a.O., S. 118

Das bedeutet für die Versicherten einerseits günstige Praxisstandorte und Öffnungszeiten.¹ Ob die Ärzte allerdings andererseits auch bereit sind, auch in unterversorgten Gebieten niederzulassen, kann nicht eindeutig vorhergesehen werden. Zwar kann der Arzt hier aufgrund des geringen Wettbewerbs mit relativ viel eingeschriebenen Patienten rechnen, die ihm die Pauschale sichern, aufgrund der langen Anfahrtwege aber nicht häufig in die Praxis kommen und deshalb relativ wenig Arbeitszeit beanspruchen. Ob dies aus der Sicht der Ärzte die Nachteile - häufige Bereitschaftsdienste, viele Hausbesuche - aufwiegt, ist fraglich. Grundsätzlich wird die Situation nicht ungünstiger sein als bei einer Einzelleistungsvergütung. Die Bereitschaft der Ärzte an Weiterbildungsmaßnahmen ist hier eventuell etwas höher als bei der Honorierung durch ein Fixum, allerdings nur insoweit, wie durch die aus der Pauschale zu finanzierenden Behandlungskosten gesenkt oder seine Wettbewerbsposition gegenüber den Kollegen verbessert wird.

Die Fallpauschale unterscheidet sich von der Kopfpauschale dadurch, daß jetzt nicht mehr für jeden potentiellen, sondern nur noch für jeden tatsächlichen Patienten eine Pauschale gezahlt wird. Damit kommt diese Pauschalhonorierungsform der Einzelleistungsvergütung am nächsten. Dennoch ist sie, zumindest aus der Sicht der Patienten, die ungünstigste Form der Honorierung. Da aufgrund der Schwierigkeiten bei der Abgrenzung im allgemeinen "Fall = Krankenschein" gesetzt wird, besteht das bei den anderen Pauschalhonorierungsformen entstehende Interesse der Ärzte an gesunden Patienten nicht mehr.

¹Vgl. Schulenburg, Johann-Matthias Graf v.d., a.a.O., S. 265.

Statt dessen ergibt sich für die Ärzte ein Anreiz, jeden Fall über möglichst viele Abrechnungsperioden hinzuziehen, um so möglichst viele Krankenscheine und damit möglichst viele Pauschalen zu erhalten.¹

Damit ist aber das für die Pauschalvergütung typische Problem der Unterversorgung mit eigentlichen ärztlichen Leistungen, das insbesondere in häufigen Überweisungen und mangelnder Anwendung medizinischen Fortschritts in den Arztpraxen zum Ausdruck kommt, gekoppelt mit dem wesentlichen Nachteil der Einzelleistungsvergütung, dem Anreiz für die Ärzte, einen möglichst großen Stamm kranker Patienten zu haben. Dabei sind insbesondere leicht erkrankte Personen, die zwar auf regelmäßige, aber nicht auf intensive Betreuung durch einen Arzt angewiesen sind, bei den Ärzten erwünscht. Patienten, auf die der Arzt viel Arbeitszeit verwenden muß, müssen bei allen Formen der Pauschalvergütung, also auch bei der Fall- bzw. Krankenscheinpauschale damit rechnen, häufig hin und her überwiesen zu werden.

Dieses Problem läßt sich durch eine Kombination von Pauschal- und Einzelleistungsvergütung lösen. METZE schlägt hierfür die Einzelleistungsvergütung mit sich ex-post ergebenden Gebührenwerten vor² (vgl. S. 68). Eine solche Form der Honorierung ergibt sich immer dann, wenn die Krankenkassen die Gesamtvergütung auf der Grundlage von Pauschalen berechnen, wobei es unwichtig ist, nach welchem Kriterium, also Zahl der Ärzte, Zahl der Versicherten oder Zahl der Fälle, die Kassen die Zahlung der Pauschalen vornehmen, die KVen jedoch die Ärzte nach Einzelleistungen honorieren.

¹Mit dieser Problematik beschäftigt sich ausführlich, Bogs, Walter u.a. a.a.O., S. 230.

²Vgl. Metze, Ingolf, Die Krankheit a.a.O., S. 122.

Da die Ärzte miteinander im Wettbewerb stehen, ist es wahrscheinlich, daß jetzt jeder Arzt versuchen wird, einen möglichst hohen Anteil an der Gesamtvergütung zu erlangen. Das ist aber nur dadurch möglich, daß er möglichst viele Einzelleistungen erbringt. Damit würde die Unterversorgung mit ärztlichen Leistungen, die sich bei einer pauschalen Honorierung der Ärzte ergibt, beseitigt, obwohl die Gesamtvergütung nach oben hin begrenzt ist. Allerdings besteht die Gefahr, daß sich dieses System als sehr instabil erweist: Erbringen nämlich alle Ärzte möglichst viele Leistungen, um ihren Anteil an der Gesamtvergütung zu vergrößern, so sinken bei konstanter Gesamtvergütung die Honorare ständig.¹ Daraufhin werden die Ärzte entweder versuchen, durch Druck oder moralische Appelle eine Erhöhung der Gesamtvergütung durchzusetzen, oder aber, wenn das nicht gelingt, ein weiteres Absinken der Honorare durch ein solidarisches Verhalten zu verhindern. Dieses solidarische Verhalten sähe wahrscheinlich so aus, daß die KVen durch eine verstärkte Kontrolle der Ärzte den Trend zur Leistungsausweitung eindämmten. So könnte ein angemessenes Honorar für die einzelnen Leistungen und damit die Grundlage für eine ausreichende Versorgung der Versicherten garantiert werden. Der Nachteil dieses Systems liegt jedoch darin, daß nicht mehr, wie bei einer Honorierung der Ärzte durch Fixum oder Kopfpauschale, das Interesse an möglichst gesunden Patienten gefördert wird.

Vergleicht man die verschiedenen Honorierungsformen miteinander, so zeigt sich, daß jede von ihnen gewisse Vorteile hat, denen aber stets auch bestimmte Nachteile gegenüberstehen.

¹Vgl. Metze, Ingolf, Die Krankheit, a.a.O., S. 122.

Es erscheint deshalb sinnvoll, in einem marktwirtschaftlichen System, in dem die jeweiligen Nachteile nicht durch Reglementierung der Ärzte beseitigt werden sollen, verschiedene Honorierungsformen miteinander zu kombinieren. Bei der Ausgestaltung der Arzthonorierung soll deshalb versucht werden, die verschiedenen Lenkungswirkungen, die von den einzelnen Honorierungsformen ausgehen, so einzusetzen, daß ein optimales Ergebnis erreicht wird.

2. Ausgestaltung der Vergütung und Abrechnung im Pauschalversicherungssystem

a) Arzthonorierung

Bei der Ausgestaltung der Arzthonorierung in der Pauschalversicherung gilt folgender Grundsatz: Die Krankenkassen zahlen für jeden Abrechnungszeitraum einen einmaligen Betrag an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), den ausgehandelten Preis für die gesamte gesundheitliche Versorgung der Pauschalversicherten in dieser Zeitspanne, die Pauschale. Aus diesem Betrag müssen zunächst einmal die Kosten beglichen werden, die durch ärztliche Verordnungen verursacht werden, also die Kosten für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Krankenhausaufenthalte und Arbeitsunfähigkeit. Der Restbetrag steht zur Honorierung der Ärzte zur Verfügung. Nach welchen Kriterien die KVen diese Verteilung vornehmen, ist im Prinzip ihre Angelegenheit, in diesem Punkt sollten sie als die Interessenvertreter aller niedergelassenen Ärzte volle Abrechnungsautonomie erhalten. Ihnen wird deshalb daran gelegen sein, eine Form der Honorierung zu finden, die möglichst allen Ärzten gerecht wird. Eine übermäßige Ausdehnung der Honorarforderungen auf Kosten der Beitragszahler ist nicht mehr möglich.

Da jedoch die Ausgestaltung der Arzthonorierung für das praktische Funktionieren der Pauschalversicherung und damit auch des Wettbewerbs der Systeme entscheidend ist, soll im folgenden eine Honorierungsform erarbeitet werden, die alle an die Arzthonorierung im marktwirtschaftlichen System gestellten Bedingungen möglichst weitgehend erfüllt.

Zu diesen Bedingungen zählt insbesondere die "verwaltungsmäßige Durchführbarkeit"¹ des jeweiligen Honorierungssystems, die wesentlich davon abhängt, wie groß der beim Arzt und bei den KVen anfallende Verwaltungsaufwand ist, wobei letzterer auch weitgehend von der Länge des Abrechnungszeitraumes abhängig ist. Während bei Einzelleistungsvergütung für die Kostenträger die Höhe der Ausgaben für die ärztliche Behandlung nicht exakt vorausgeplant werden konnte,² ergibt sich jetzt umgekehrt die Notwendigkeit, den Ärzten Anhaltspunkte für die voraussichtliche Höhe ihrer Honorare zu geben. Wenn die Ärzte nicht abschätzen können, wie hoch ihre Honorare sein werden, wird sich das zumindest auf ihre Leistungsmotivation ungünstig auswirken: Die Ärzte sollten bereits im voraus wissen, daß sie in jedem Falle ein "angemessenes" Honorar erhalten. Aus demselben Grunde ist es auch sinnvoll, die Höhe der tatsächlichen Honorare nicht durch Zu- oder Abschläge von den DM-Werten der zugrundegelegten Gebührenordnung zu ermitteln,³ sondern mit Punktwerten zu rechnen. Dennoch sollte auf eine Gebührenordnung und damit auch auf eine Einzelleistungsvergütung nicht ganz verzichtet werden.

¹Vgl. Liebold, Rolf, Die Bedeutung ... , a.a.O., S. 94.

²ebenda.

³ebenda, S. 99.

Nicht nur, weil die Einzelleistungsvergütung eine der wichtigsten Errungenschaften der niedergelassenen Ärzte in der Nachkriegszeit darstellt, auch auf die Steuerungsmöglichkeiten der Gebührenordnung sollte nicht verzichtet werden (vgl. S. 71 f.). Außerdem kann der Umfang der Tätigkeit der niedergelassenen Ärzte nur dann überprüft werden, wenn jede einzelne erbrachte Leistung bekannt ist.

Die Einzelleistungsvergütung mit Punktwerten kann und soll jedoch nicht als alleiniges Vergütungssystem im Pauschalhonorierungssystem verwirklicht werden. Abgesehen davon, daß der Pauschalcharakter des Systems für die niedergelassenen Ärzte nahezu völlig verloren ginge, wenn er sich nur noch in variablen Punktwerten niederschlägt, wäre dies auch ein weitgehender Verzicht auf die Möglichkeit, die Nachteile der Einzelleistungsvergütung zu vermeiden, ohne auf ihre Vorteile verzichten zu müssen. Diese Möglichkeit ergibt sich nämlich dann, wenn man die Pauschal- und die Einzelleistungsvergütung auf der Ebene KV - Ärzte kombiniert.

Dabei bietet sich das Pauschalhonorar für jeden potentiellen Patienten als Ausgleich für das durch die Einzelleistungsvergütung angeregte Interesse des Arztes an möglichst vielen kranken Patienten an, bei dem der Arzt ein Interesse daran hat, daß seine Patienten ihn möglichst selten und dann auch nur mit relativ leichten Beschwerden aufsuchen. Diese Pauschale kann - aus ökonomischer Sicht - auch als Preis dafür interpretiert werden, daß der Arzt das Morbiditätsrisiko für seine Patienten zumindest teilweise mitträgt.

In welchem Umfang der einzelne Arzt das Morbiditätsrisiko tatsächlich mitträgt, hängt jetzt im wesentlichen davon ab, wie hoch die Beteiligung der Ärzte an den Kosten der von ihnen verordneten Leistungen ist. Damit die Höhe des ärztlichen Einkommens nicht zu stark von der Risikostruktur seiner Patienten abhängt, erscheint es sinnvoll, den jeweils behandelnden Arzt an diesen Kosten nur prozentual zu beteiligen und die Höhe der Beteiligung nach oben hin zu begrenzen.¹ Eventuell bietet sich dabei eine Verknüpfung mit der Höhe der Pauschale an: die maximale Eigenbeteiligung beträgt dann das x-fache der Pauschale, wobei x realistischerweise etwa zwischen 0,5 und 2, also zwischen der Hälfte und dem Doppelten einer Pauschale liegen sollte. Dadurch wird die Zahlung der Pauschale, die ja auch dann erfolgt, wenn der Arzt gar nicht in Anspruch genommen worden ist, auch optisch damit in Zusammenhang gebracht, daß der Arzt das Morbiditätsrisiko mitträgt. Damit wird die Durchsetzbarkeit der Kostenbeteiligung bei den Ärzten erhöht und die Zahlung einer Pauschale zusätzlich zur Einzelleistungsvergütung für die Öffentlichkeit zusätzlich legitimiert.

Dazu einige Zahlen, die einen Anhaltspunkt über die Größenordnung der Pauschale geben sollen:

Eine empirische Erhebung im Landkreis Lindau hat ergeben, daß im 2. Quartal 1976 52 % der Bevölkerung ambulante Leistungen in Anspruch genommen hat.²

¹Das Prinzip der Pauschalversicherung wird dadurch nicht durchbrochen, da ja die Gesamtheit der Ärzte die restlichen Kosten über den sinkenden Punktwert der Einzelleistungsvergütung mitträgt.

²Vgl. Brenner, Gerhard, a.a.O., S. 10.

Die Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung, Arzneimittel aus Apotheken, stationäre Behandlung und Krankengeld betrugen 1980 rund DM 60 Mrd.,¹ also etwa DM 15 Mrd. pro Quartal. Bei knapp 59 Mio Anspruchsberechtigten² und damit fast 30 Mio Patienten entfallen pro Quartal auf jeden Behandlungsfall Kosten von rund DM 500. Bei einer Pauschale von DM 250,-- hätte der Arzt 1980 alle Kosten, also sowohl die Kosten für verordnete Leistungen als auch das eigene Honorar voll abdecken können.

Davon entfielen 1980 im Durchschnitt rund 25 % der Kosten auf das Arzthonorar, 45 % auf die Kosten der Krankenhausbehandlung, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel beanspruchten etwa 20 % und das Krankengeld 10 %. Daraus lassen sich für 1980 leicht die Pauschalen für unterschiedliche ärztliche Beteiligungsquoten errechnen.

Soll das Honorar in Höhe von DM 125,-- (1980) voll abgedeckt werden, so muß die Pauschale mindestens DM 62,50 betragen; soll der Arzt einen Teil seines Honorars erst im nachhinein erhalten, so muß dieser Betrag entsprechend gekürzt werden. Dazu kommt der Ausgleich für die Beteiligung der Ärzte an den Kosten der von ihnen verordneten Leistungen. Bei einer Beteiligung von 20 % wären das z.B.:

$$\begin{array}{r} 250,00 \text{ DM} \\ \text{./.} \quad 62,50 \text{ DM} \\ \hline 187,50 \text{ DM} \times 20 \% = 37,50 \text{ DM} \end{array}$$

Will man die Beteiligung der Ärzte auf eine bestimmte Höhe begrenzen, so wird die Berechnung schwieriger, weil man Daten über die Struktur der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen benötigt.

¹errechnet nach Metze, Ingolf, Gesundheitspolitik, a.a.O., S. 33 und Statistisches Bundesamt (Hrsg.), a.a.O., S. 394.

²Vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.), a.a.O., S. 393.

Eine Berechnung der Höhe der Pauschale auf die im Beispiel vorgeschlagene Art und Weise kann bei einer Einführung des Systems lediglich einen Anhaltspunkt für die Verhandlungen zwischen Krankenkassen und KVen geben. Denn durch den Einfluß des Pauschalversicherungssystems soll und wird sich die Struktur der Kosten und Leistungen ändern. Grundsätzlich ist es so jedoch möglich, die Höhe der Pauschale so festzulegen, daß die Ärzte gegenüber dem gegenwärtigen System nicht schlechter gestellt sind.

Die Zahlung einer Pauschale für jeden potentiellen Patienten erfordert allerdings ein Einschreibesystem.¹ Da auf das Prinzip der freien Arztwahl zur Aufrechterhaltung des Qualitätswettbewerbs unter den Ärzten nicht verzichtet werden kann, scheidet die Zuordnung der Versicherten zu einem für ihren Wohnbezirk zuständigen Arzt aus. Es bleibt daher nur die Lösung mit Hilfe sog. "Einschreibelisten". Das muß allerdings heute praktisch nicht so mehr aussehen, daß sich jeder Patient auch tatsächlich in der Praxis des gewählten Arztes in eine ausliegende Liste ein- und beim Arztwechsel auch wieder austragen muß. Es reicht aus, wenn er bei dem Arzt einen Krankenschein abgibt (vgl. S. 93 ff.). Mit den Methoden der automatischen Datenverarbeitung ist es den KVen durchaus möglich, für jeden Arzt den Bestand an Patienten und auch deren Wechsel zu anderen Ärzten zu registrieren. Der Arzt erhält dann so lange die Pauschale, bis der Patient seinen Schein bei einem anderen Arzt abgibt.

¹ Ein ähnliches System gibt es in der Niederlande. Auch hier schreiben sich die Versicherten bei einem Hausarzt ein, der dann, unabhängig davon, ob eine Behandlung erfolgt oder nicht, ein sogenanntes "Abonnement-Honorar" erhält. Vgl. hierzu Rosenberg, Peter, Kostenvergleich der Systeme der Gesundheitssicherung zwischen den Niederlanden und der Bundesrepublik Deutschland. Hrsg., Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1978, S. 13. Zusätzlich zahlt die Versicherung einen Beitrag zur Pensionseinrichtung - eine vielleicht auch für die Bundesrepublik interessante Variante, da die Ärzte häufig über ihre teure Altersversorgung klagen.

Eine Einschränkung der freien Arztwahl ergibt sich dadurch, daß bei einer vierteljährlichen Zahlung der Pauschale der Arztwechsel jeweils nur nach Ablauf eines Quartals möglich ist, nicht. Die Wirkung ist die gleiche wie bei einer Quartalsbindung des Krankenscheines. Denn auch gegenwärtig sollte der Patient den Arzt möglichst nicht innerhalb eines Quartals wechseln.¹ Diese Bestimmung ist lediglich durch die jahrelange Ausgabe von Krankenscheinscheckheften mit Scheinen ohne Quartalsbindung aufgeweicht worden. Theoretisch wäre es natürlich auch möglich, monatliche Pauschalen zu zahlen und damit auch einen monatlichen Arztwechsel zu ermöglichen, doch erscheint das nicht sinnvoll, da dadurch einerseits der Verwaltungskostenaufwand stark steigen würde und andererseits eine Beschränkung des Arztwechsels in einem gewissen Umfang auch wünschenswert erscheint.

Eine grundsätzliche Entscheidung muß jedoch noch darüber getroffen werden, ob sich die Patienten bei Ärzten aller Fachrichtungen einschreiben können, oder ob nur die Ärzte für Allgemeinmedizin bzw. praktische Ärzte, Kinderärzte, Frauenärzte und Internisten, die auch heute schon häufig als Hausärzte fungieren, in dieses System einbezogen werden sollen. Für die Effizienz der Behandlung ist es in jedem Falle unerlässlich, daß es stets einen Arzt gibt, der als erste Anlaufstelle in einem Krankheitsfall und als Primärarzt die gesamte Behandlung des Patienten koordiniert und dokumentiert. Deshalb ist es sinnvoll, das Privileg, für einen eingeschriebenen Patienten eine Pauschale zu erhalten, mit einigen Anforderungen zu verbinden.

¹Vgl. § 368 d. Abs. 3 RVO: Der Versicherte soll den an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt innerhalb eines Kalendervierteljahres nur bei Vorliegen eines triftigen Grundes wechseln.

Ideal wäre es, wenn man erreichen könnte, daß sich wieder mehr Ärzte an der Tradition der "alten" Hausärzte orientierten, die sich vorwiegend als Ärzte und nicht als Mediziner verstanden. Ein solcher Hausarzt sollte in der Lage sein, "Gesundheits- und Behandlungsprobleme mit der physischen und psychischen und sozialen Entwicklung des einzelnen und seiner Familie in Verbindung zu bringen"¹ und nicht nur die Ergebnisse medizinisch-technischer Untersuchungen und ihre Abweichung von der Norm zu sehen. Ein Schritt in diese Richtung wäre die Verpflichtung zur Besuchsbehandlung, die zwar auch jetzt schon "primär Aufgabe des behandelnden Hausarztes" ist.² Dennoch hat es sich bei den meisten Ärzten eingebürgert, daß Hausbesuche nur in Notfällen vorgenommen werden, wobei die Patienten außerhalb der Sprechstundenzeiten häufig sogar auf den Notdienst verwiesen werden. Die häusliche Umgebung ihrer Patienten ist den meisten Ärzten deshalb fremd.

Auch die Koordination und Dokumentation der Behandlung könnte verbessert werden. Zwar ist die Aufzeichnung über den Befund und die Behandlungsmaßnahmen ebenfalls im Bundesmantelvertrag der Ärzte geregelt³, doch sind die Ärzte bezüglich der Krankengeschichte neuer Patienten meistens auf deren relativ ungenaue Angaben angewiesen. Es wäre deshalb wünschenswert, daß der Primärarzt eine Patientenbegleitakte führt, in der Aufzeichnungen über die gesamte Behandlung des Patienten gesammelt sind.

Das setzt wiederum voraus, daß der Zugang zu den Fachärzten im Regelfall durch Überweisung des Arztes, bei dem der Patient eingeschrieben ist, erfolgt. Dadurch wird eine effizientere Inanspruchnahme der Fachärzte erreicht, insbesondere dann, wenn, um ein Abschieben

¹ Schmitz-Formes, Josef, a.a.o., S. 2597.

² Bundesmantelvertrag Ärzte (BMÄ), § 7, Abs. 5.

³ ebenda.

"kostspieliger" Patienten zu Facharztkollegen zu vermeiden, Die Primärärzte im Falle einer Überweisung einen Teil ihrer Pauschale abgeben müssen. Durch Variation der Höhe dieses Betrages kann von den KVen auch ein gewisser Einfluß auf die Überweisungsbereitschaft der Primärärzte ausgeübt werden. Bei einer zu niedrigen Überweisungsbereitschaft könnte eine Kostenbeteiligung der Ärzte auch erst dann erhoben werden, wenn ein bestimmter "Freibetrag", z.B. von einer Überweisung pro Patient im Quartal, überschritten wird. Eine weitergehende Beteiligung der Hausärzte an den durch die Überweisung entstehenden Kosten erscheint nicht notwendig, da diese Kosten sich ja indirekt durch die Senkung des Punktwertes auf die Honorare auswirken.¹

Ob dieser Zusammenhang aber bereits ausreicht, um die Leistungsausweitung der Fachärzte zu begrenzen, wird sich erst in der Praxis zeigen. Dabei spielt auch die Solidarität der Ärzte untereinander eine wichtige Rolle. Es besteht allerdings auch hier die Möglichkeit, dem Kostenbewußtsein der Fachärzte durch eine "Überweisungsscheinpauschale" nachzuhelfen. Diese Pauschale müßte dann allerdings nach Facharztgruppen gestaffelt werden. Ob sie so ausgestaltet wird, daß sie lediglich das Honorar des Facharztes ganz oder teilweise abdeckt, oder ob der Facharzt aus ihr auch noch eine Kostenbeteiligung² bestreiten muß, kann jeweils im Hinblick auf Kostenentwicklung und Versorgungsniveau festgelegt werden.

¹ Zur Problematik des Überweisungsverhaltens und des Facharztzugangs vgl. auch ausführlich S. 111 ff.

² Eine Kostenbeteiligung der Fachärzte könnte man eventuell immer dann erheben, wenn sie mehr Kosten verursachen als der Fachgruppenn Durchschnitt

Die Honorierung der Primärärzte bietet in der vorgeschlagenen Form zahlreiche Variationsmöglichkeiten, die den KVen ein großes Steuerungspotential an die Hand geben, das relativ reibungslos zur Lösung der jeweils auftretenden Probleme eingesetzt werden kann. Gesteuert werden können jetzt sowohl Art und Umfang der ärztlichen Tätigkeit als auch die ärztliche Verordnungsweise. Art und Umfang der ärztlichen Tätigkeit werden einmal durch die Gebührenordnung beeinflusst, genauer gesagt durch die Relation der - jetzt in Punkten ausgedrückten - Bewertungen der einzelnen ärztlichen Leistungen zueinander.¹ Hier ergibt sich zusätzlich zu den auch im gegenwärtigen System bestehenden Steuerungswirkungen auch die Möglichkeit, für bestimmte Leistungen "Mindestpreise" zu garantieren. Diese Lösung bietet sich insbesondere bei den Leistungen an, die vom einzelnen Arzt nicht als effizient angesehen werden, weil sie entweder zu kaum oder erst sehr langfristig spürbaren Kosteneinsparungen führen, wie z.B. Impfungen, die zwar häufig aus wirtschaftlichen Gründen nicht sinnvoll sind, den Patienten jedoch trotzdem zugänglich gemacht werden sollen, weil sie menschliches Leid verhindern können.² Andererseits versetzt das Fixum den Arzt auch in die Lage, Leistungen vorzunehmen, die von der Gebührenordnung vernachlässigt werden, weil sie schwierig zu bewerten sind, wie z.B. ausführliche Beratungen.

Darüber hinaus ist es auch möglich, durch die Höhe der Pauschale das Interesse der Ärzte an eingeschriebenen Patienten zu beeinflussen: je höher die Pauschale, umso größer das Interesse des Arztes an einer möglichst großen Zahl von Patienten und umso größer damit auch die Bereitschaft der Ärzte, auf die speziellen Wünsche und Belange ihrer Patienten einzugehen. Aber auch der Wettbewerb unter den Ärzten steigt mit der Höhe der Pauschale.

¹ Vgl. hierzu ausführlich Metze, Ingolf, a.a.O., S. 91 ff.

² Es ist auch denkbar, daß Kosten und Nutzen einer Früherkennungsuntersuchung bei verschiedenen Ärzten liegen, z.B. bei der Früherkennung von Schäden bei Kindern, die erst im Erwachsenenalter behandlungsbedürftig werden.

Mit steigender Pauschale nimmt zudem auch der Anteil der Einzelleistungsvergütung am Gesamthonorar des Arztes ab. Damit wird der Arzt einerseits durch gezielte Vorsorgemaßnahmen und Aufklärung einer Erkrankung seiner Patienten vorzubeugen versuchen, andererseits sinkt seine Bereitschaft, bereits chronisch erkrankte Patienten in seinen Patientenstamm aufzunehmen bzw. sie zu halten. Die Höhe des Einzelleistungshonorars sollte deshalb nicht unter die variablen Kosten bei der Erstellung der Leistung sinken¹, also zumindest die Kosten für das aufgewendete Material sowie eine angemessene Vergütung für den Zeitaufwand des Arztes abdecken. Ein hoher Anteil der Einzelleistungsvergütung am Gesamthonorar führt wiederum zu der für diese Honorarform typischen unliebsamen Wirkung, daß der Arzt ein relativ großes Interesse daran hat, daß seine Patienten nicht allzu schnell wieder gesund werden.

Dieser negativen Nebenwirkung der Einzelleistungsvergütung wird wiederum durch die Beteiligung der Ärzte an den Kosten der von ihnen verordneten Leistungen Einhalt geboten. Werden die Ärzte jedoch zu stark an den Kosten der von ihnen verordneten Leistungen beteiligt, sinkt hingegen die Bereitschaft, chronisch kranke Patienten zu behandeln. Außerdem entsteht ein starker Anreiz, Verordnungen durch eigene Leistungen zu ersetzen. Dies ist zwar in gewissem Maße auch wünschenswert. Dennoch erscheint, um eine Durchsetzbarkeit des Systems zu gewährleisten, eine Begrenzung der Beteiligung pro Patient auf einen bestimmten Höchstbetrag unverzichtbar, da sonst das Einkommen des Arztes zu stark von der Risikostruktur seiner Patienten abhängt. Dies steht auch nicht im Widerspruch zu dem Grundprinzip der Pauschalversicherung, daß die Ärzte für die Versorgung des Patienten eine Pauschale erhalten, aus der sie die gesamte Behandlung des Patienten finanzieren müssen; dieses Prinzip wird jetzt lediglich auf die Gesamtheit der beteiligten Ärzte angewendet. Sie führen damit untereinander einen Ausgleich einer starken

¹Vgl. Metze, Ingolf, Die Krankheit ... , a.a.O., S. 122.

Ungleichverteilung der unterschiedlichen Risiken auf die einzelnen Ärzte durch.

Kann man davon ausgehen, daß die Ärzte sich solidarisch verhalten, sich in dem Bemühen um eine wirtschaftliche Verordnungsweise also einig sind, kann auf eine spürbare Form der Kostenbeteiligung auch ganz verzichtet werden. Eine indirekte Form der Kostenbeteiligung ergibt sich ja bereits dadurch, daß der Punktwert für die einzelnen Gebühren erst dann festgelegt werden kann, wenn alle anderen Kosten beglichen sind, weil für die Vergütung der Einzelleistungen nur noch der nach Abzug der Kosten für Krankenhausbehandlung, Arzneimittel und Arbeitsunfähigkeit verbliebene Teil der Gesamtvergütung zur Verfügung steht. Diese Solidarität der Ärzte wird aber umso unwahrscheinlicher, je höher das Fixum ist, weil dann einerseits durch großzügige Verordnungsweise um Patienten geworben wird und andererseits die Bedeutung der Höhe des Punktwertes für das Einkommen der Ärzte abnimmt.

Die Festlegung der genauen Werte der einzelnen Parameter, also der Höhe der Pauschale und des Prozentsatzes sowie des Höchstbetrages für die Beteiligung der Ärzte an den Kosten, sollte in die Kompetenz der KVen fallen. Es ist jedoch nicht ausgeschlossen, daß diese auch Gegenstand der Verhandlungen mit den Krankenkassen sein werden, die ja häufig eine andere Leistungsstruktur wünschen als die KVen. So werden die Kassen die Beteiligung der Ärzte an den Kosten relativ niedrig halten wollen. Sie werden sich davon insbesondere eine großzügigere Versorgung ihrer Versicherten mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln versprechen, die wiederum am ehesten bei den Patienten das Gefühl vermitteln, gut versorgt zu sein. Im Interesse der KVen liegt es jedoch, die Kosten für diese Leistungen niedrig zu halten, weil dann mehr Geld zur Verteilung an die Ärzte zur Verfügung steht. Sie werden deshalb eine relativ hohe Beteiligung anstreben.

Sollte die hier vorgeschlagene Form der Arzthonorierung eingeführt werden, so wird es wahrscheinlich eine Weile dauern, bis ein Ergebnis erreicht wird, das alle am Gesundheitswesen beteiligten Gruppen völlig zufriedenstellt. Dafür

verfügt man aber auch über ein Instrumentarium, das es erlaubt, sozusagen mit einer Feinsteuerung auf alle Konstellationsänderungen zu reagieren.

b) Abrechnungssystem

Im folgenden soll versucht werden, näher auf einige praktische Probleme einzugehen, die sich aus der im vorhergehenden Abschnitt dargestellten Ausgestaltung der Arzthohorierung ergeben. Dabei soll insbesondere auf die beiden Elemente eingegangen werden, die es im gegenwärtigen System nicht gibt: das Einschreibesystem und die Beteiligung der Ärzte an den von ihnen verursachten Kosten.

Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß ein "modernes" Einschreibesystem keineswegs so ausgestaltet sein muß, daß jeder Arzt in seiner Praxis Listen auslegt, in die sich jeder Patient einträgt, wenn er bei diesem Arzt geführt werden will und wieder austrägt, wenn er zu einem anderen Arzt wechseln will. Statt dessen kann bei den KVen oder auch bei den Krankenkassen ein "Konto" bzw. eine "Bestandsliste" geführt werden, in der festgehalten wird, wieviele Patienten bei einem bestimmten Arzt "eingeschrieben" sind. Das erfordert deshalb nicht unverhältnismäßig viel zusätzlichen Aufwand, weil es ja auch für die Beteiligung der Ärzte an den von ihnen verursachten Kosten notwendig ist zu registrieren, bei welchem Hausarzt jeder Versicherte in Behandlung ist.¹ Außerdem ist der erforderliche Arbeitsaufwand mittels elektronischer Datenverarbeitung (EDV) relativ einfach zu bewältigen.

Dabei ist es durchaus möglich, für den Versicherten das gegenwärtige System beizubehalten. Der Patient P gibt also zu Beginn einer Behandlung bei seinem Arzt A

¹Ähnliche Listen werden einigen Pressemeldungen zufolge zur Erhöhung der Kostentransparenz z.Z. bereits von der AOK Dortmund geführt (vgl. z.B. Westfälische Rundschau v. 10. März 1982).

einen Krankenschein ab, der allerdings jetzt, um zu verhindern, daß mehrere Ärzte für denselben Patienten eine Pauschale erhalten, eine Quartalsbindung aufweisen muß (vgl. S.86). Auf diesen Krankenschein trägt der Arzt wie bisher die erbrachten Einzelleistungen ein, um ihn dann am Ende des Quartals¹ bei seiner KV-Abrechnungsstelle einzureichen. Dort wird im Verlauf der Abrechnung der Patient P in die "Patientenstammliste" des Arztes A eingetragen. Dieser erhält dann ebenfalls automatisch die Pauschale für das abgelaufene Quartal für den Patienten P auf seinem Abrechnungskonto gutgeschrieben. Sucht der Patient P in den nächsten Quartalen den Arzt A nicht auf, so bekommt der Arzt auch ohne den Krankenschein jedes Quartal die Pauschale gutgeschrieben. Sucht der Patient P ihn zwecks Behandlung auf, so gibt er auch wieder einen Krankenschein ab; der Arzt erhält dann neben der Pauschale auch wieder die Einzelleistungsvergütung für die von ihm erbrachten Leistungen. Wechselt der Patient P jedoch den Arzt und läßt sich vom Arzt B behandeln, so gibt er jetzt dort den Krankenschein ab. Damit wird er durch die Abrechnungsstelle aus der Liste des Arztes A gestrichen und in die des Arztes B eingetragen. Damit erhält jetzt nicht mehr A, sondern B die Pauschale auf seinem Abrechnungskonto gutgeschrieben.

Dieses Verfahren mag auf den ersten Blick etwas umständlich wirken. Es erfordert jedoch relativ wenig Mehraufwand gegenüber der gegenwärtigen Abrech-

¹ Grundsätzlich ist auch eine andere Wahl des Abrechnungszeitraums denkbar. Im folgenden wird jedoch der Einfachheit halber davon ausgegangen, daß die bisherige quartalsweise Abrechnung beibehalten wird.

nung, zumal ein Hausarztwechsel von den meisten Versicherten nur relativ selten vorgenommen wird. Zudem ist es dem Arzt möglich, auf dem Krankenschein jeweils **einen** Vermerk anzubringen, wenn der Patient bei ihm neu in Behandlung ist - eine Überprüfung der Listen braucht dann immer nur dann vorgenommen zu werden, wenn der Patient tatsächlich den Arzt gewechselt hat.

Ein Problem besteht jedoch darin, daß jeder Patient jetzt für die Abrechnungsstelle eindeutig identifizierbar sein muß. Sie muß ihn ja nicht nur bei einem neuen Arzt eintragen, sondern es muß auch herausgefunden werden, bei welchem Arzt er aus der Liste zu streichen ist. Dies ist jedoch häufig nur möglich, wenn neben Namen und Geburtsdatum des Patienten auch noch die Adresse angegeben ist - und selbst das reicht dann nicht aus, wenn der Patient in der Zwischenzeit umgezogen ist. Dabei ist gerade ein Umzug häufig auch mit einem Wechsel des Hausarztes verbunden. Zudem benötigen diese umfangreichen Datenangaben relativ viel EDV-Speicherplatz, sind damit teuer.

Als Ausweg bietet sich die *Versichertennummer* an. Einige - insbesondere die großen - Krankenversicherungen führen ihre Versicherten intern bereits über Versichertennummern. Es wäre dann allerdings notwendig, diese Nummern zu normieren und ihnen für jeden einzelnen Patienten die Kennziffer seiner Krankenversicherung voranzusetzen. Eine solche Maßnahme erfordert ebenfalls nicht sehr viel Aufwand und ist eigentlich auch im gegenwärtigen System bereits überfällig.

Wichtig ist allerdings, daß diese Versichertennummer nicht nur auf dem Krankenschein, sondern auch auf allen Überweisungsscheinen, Rezepten, Arbeits-

unfähigkeitsbescheinigungen etc. vermerkt wird. Dadurch wird nämlich auch das zweite Abrechnungsproblem, die Abrechnung der vom Arzt verursachten Ausgaben, wesentlich erleichtert.

Die Form der Arzthonorierung sieht vor, daß jeder Arzt bis zu einem bestimmten Höchstbetrag prozentual an den Kosten der Leistungen beteiligt wird, die er einem pauschalversicherten Patienten verordnet hat. Diese direkte Beteiligung der Ärzte an den von ihnen verursachten Kosten soll aber nur bis zu einem bestimmten Höchstbetrag erfolgen, der wiederum jeweils für jeden einzelnen Patienten bezogen gilt, d.h. daß die Beteiligung des Arztes an den Kosten für jeden einzelnen Patienten auf einen festen DM-Betrag begrenzt ist. Denn nur wenn der Arzt weiß, daß sein Kostenrisiko begrenzt ist, ist er auch bereit, "kostspielige" Patienten, die z.B. regelmäßig teure Medikamente brauchen, zu behandeln. Ist dieser Höchstbetrag aber nur auf die Gesamtzahl seiner pauschalversicherten Patienten bezogen, können bereits einige "schlechte Risiken" dazu führen, daß die z.T. durch intensive Bemühungen erzielten Kosteneinsparungen sich nicht mehr in einer Erhöhung seiner Honorare niederschlagen.

Dieser "patientenbezogene Höchstbetrag der Kostenbeteiligung der Ärzte" erfordert jedoch, daß bei der Abrechnung jeder Verordnung festgehalten wird, welcher Arzt sie vorgenommen und welcher Patient sie in Anspruch genommen hat. Praktisch geschieht das am einfachsten, indem neben dem Betrag auch noch die Nummer des Kassenarztes und die des Patienten gespeichert wird. Zum Quartalsabschluß wird dann ermittelt, wie hoch die Summe der Kosten ist, die bei jedem einzelnen Patienten durch Verordnung des jeweiligen Hausarztes entstanden ist. Von dieser Summe wird dann ein be-

stimmter Prozentsatz, höchstens aber der vereinbarte Höchstbetrag, dem Abrechnungskonto des Arztes belastet. Inwieweit es technisch möglich ist, jedem Arzt eine detaillierte Abrechnung darüber vorzulegen, welche einzelnen Beträge ihm für welche Patienten belastet worden sind, ist schwer abzuschätzen. Es ist jedoch für die Akzeptanz des Systems wichtig, daß die Ärzte die Möglichkeit haben, diese Einzelheiten zu erfahren. Zumindest in der Übergangszeit stellen sie wahrscheinlich für die Ärzte, die ja heute nur ein sehr begrenztes Wissen über die Höhe der Kosten der von ihnen veranlaßten Behandlungen haben, eine wichtige Informationsquelle dar. Theoretisch ist es auch durchaus möglich, diese Daten für jeden Patienten auf einem Blatt in Krankenscheingröße auszudrucken und den jeweiligen Ärzten zur Verfügung zu stellen; langfristig dürfte es jedoch solche Unmengen Papier verschlingen, daß man nur noch in Einzelfällen detaillierte Abrechnungen ausdrucken und im Regelfall nur noch die Gesamtergebnisse an den Arzt weiterleiten wird.

Das Gesamthonorar der Ärzte setzt sich im vorgeschlagenen System aus dem Saldo aus den Pauschalen für jeden eingeschriebenen Patienten und der Kostenbeteiligung zuzüglich der Einzelleistungsvergütung zusammen. Die Abrechnung der Einzelleistungsvergütung ist jedoch insofern nicht problematisch, als sie bereits im gegenwärtigen System vorgenommen wird. Die einzige Änderung ergibt sich daraus, daß die Leistungen jetzt nicht mehr nach festen Sätzen honoriert werden. Statt dessen werden sie in der Gebührenordnung mit Punkten bewertet. Der Wert eines einzelnen Punktes ergibt sich jetzt, indem man den nach Abzug der Kosten für die verordneten Lei-

stungen¹ und die Pauschalen verbleibenden Betrag durch die Summe der in Punkten ausgedrückten Honoraranforderungen dividiert. Der einzige nennenswerte zusätzliche Arbeitsaufwand ergibt sich also daraus, daß die Summe der Punkte ermittelt werden muß, die die Ärzte "gesammelt" haben.

Wie hoch der Mehraufwand für die Abrechnung insgesamt sein wird, läßt sich nicht vorhersehen; es wird wahrscheinlich selbst nach einer Einführung des Systems mehrere Abrechnungsperioden dauern, bis eine exakte Beurteilung möglich ist. Mit Hilfe moderner Datenverarbeitungsanlagen dürfte eine Durchführung des vorgeschlagenen Honorierungssystems jedoch nicht an abrechnungstechnischen Problemen scheitern. Außerdem ist davon auszugehen, daß die durch das System erzielten Effizienzsteigerungen den Mehraufwand übersteigen. Dies gilt umso eher, je mehr Patienten pauschalversichert sind, da die Verwaltungskosten, die im Durchschnitt für jeden Pauschalversicherten anfallen, tendenziell einen degressiven Verlauf haben werden, also mit zunehmender Beteiligung am System sinken.

Dennoch soll hier noch auf einige Vereinfachungsmöglichkeiten hingewiesen werden, mit deren Hilfe die Verwaltungskosten gesenkt werden können.

Das verwaltungskostenintensivste Element der vorgeschlagenen Form der Arzthonorierung ist zweifellos die Beteiligung der Ärzte an den Kosten der von ihnen verordneten Leistungen. Hier ließen sich Verwaltungskosten einsparen, wenn der Arzt nicht mehr mit einem bestimmten Prozentsatz der tatsächlich

¹ Die Höhe der Kosten für diese Leistungen ergibt sich jetzt als Differenz zwischen den an die Leistungserbringer überwiesenen Beträgen und den Kostenbeteiligungen der Ärzte.

entstandenen Kosten, sondern jeweils nur noch mit einem Pauschalbetrag belastet würde. Dabei kann man theoretisch so weit gehen, den Arzt unabhängig von der Art der verordneten Leistung stets mit einem gleichbleibenden Betrag zu belasten. Die Höhe seiner Kostenbeteiligung hinge dann lediglich von der Zahl seiner Verordnungen ab. Dies ist jedoch insofern nicht zweckmäßig, da es dann für den Arzt die kostengünstigste Behandlungsmethode wäre, den Patienten in ein Krankenhaus einzuweisen - er könnte es dann zumindest vermeiden, ihm noch irgendwelche Medikamente verordnen zu müssen.

Eine abgemilderte Version dieser Vereinfachung bestünde darin, je nach Art der Verordnung - Medikament, Hilfsmittel, Krankenhauspflege, Arbeitsunfähigkeit¹ - differenziert einen Pauschalbetrag in Anrechnung zu bringen. Der Nachteil bestünde jetzt lediglich darin, daß für den Arzt kein Anreiz mehr besteht, das jeweils kostengünstigste Medikament zu verordnen oder dem Patienten das Krankenhaus zu empfehlen, in dem sein Leiden am kostengünstigsten behandelt werden kann. Dieses Problem kann jedoch dadurch gemildert werden, daß die KVen die Ärzte gezielt über die Kosten verschiedener Ordnungsweisen aufklären und an ihre Solidarität appellieren, die Wirtschaftlichkeit nicht außer Acht zu lassen. Letztlich hängt ja

¹ Die Kosten der Arbeitsunfähigkeit sollten dem Arzt sowieso nur in Höhe einer Pauschale belastet werden. Während der ersten Wochen haben die meisten Patienten ohnehin Anspruch auf Lohnfortzahlung - es entstehen im Bereich der Krankenversicherung also nur fiktive Kosten. Aber auch wenn der Patient Krankengeld bezieht, sollte der Arzt nur mit einer Pauschale belastet werden, da es sonst vom Gehalt des Patienten mit beeinflußt werden könnte, ob der Arzt ihm Arbeitsunfähigkeit bescheinigt oder nicht. Damit würden Besserverdienende wahrscheinlich medikamentenintensiver behandelt als ihre Kollegen mit niedrigerem Einkommen.

indirekt auch wieder die Höhe des Einzelleistungshonorars der Ärzte von ihrer Verordnungsweise ab. Andererseits ist es aber auch kein Problem, nicht nur die Anzahl, sondern auch die Kosten der Verordnungen zu erfassen. Der Arzt könnte dann jeweils immer dann belastet werden, wenn die durch seine Verordnungen verursachten Kosten je Fall im Durchschnitt über den seiner Fachgruppenkollegen liegen. Dabei müßten allerdings verschiedene Kostenarten gegeneinander aufgerechnet werden dürfen. So sollte ein Arzt, der unterdurchschnittliche Arzneimittelkosten verursacht, mehr Einzelleistungen, ein Arzt, der selten ins Krankenhaus einweist, wiederum mehr Arzneimittelkosten verursachen dürfen.

Weiterhin erfordert das vorgestellte Honorierungssystem, daß die Bewertung der Einzelleistungen mit Hilfe von Punkten vorgenommen wird, deren Wert erst am Ende der Abrechnungsperiode ermittelt werden kann. Grundsätzlich ist es auch möglich, die Verwaltungskosten zu senken, indem man einen festen Punktwert zugrundelegt. Da jedoch in dem Pauschal-system die Arzthonorierung immer eine Residualgröße ist, deren Höhe sich erst ex-post ergibt, müßte jetzt die Pauschale, die den Ärzten für jeden eingeschriebenen Patienten gezahlt wird, variabel sein. Dies ist insofern von Nachteil, als jetzt der Arzt keinen festen Preis mehr dafür erhält, daß er für jeden bei ihm eingeschriebenen Patienten bestimmte Hausarztspflichten übernimmt - also insbesondere die Behandlung koordiniert und dokumentiert und zu Hausbesuchen bereit ist - sowie das Morbiditätsrisiko mitträgt. Andererseits werden sich nach einer Übergangszeit nur noch relativ geringe Abweichungen des Punktwertes von einem bestimmten Durchschnittswert ergeben. Legt man jetzt diesen Durchschnitt als festen Punktwert zugrunde, so werden auch die Beträge für die Pauschale

kaum noch schwanken, so daß auch diese Verwaltungsvereinfachung durchaus mit der Wirkungsweise des Honorierungssystems vereinbar ist.

Bisher ist dargestellt worden, wie die Abrechnung durchgeführt werden kann. Für die Realisierung des Systems ist es aber auch wichtig, wer diese Aufgabe übernimmt.

Die Grundidee des Systems besteht bekanntlich darin, daß die Krankenkassen für die gesamte gesundheitliche Versorgung der Pauschalversicherten den KVen eine ausgehandelte Pauschale zuweisen. Damit fällt theoretisch auch die gesamte Abrechnung aller Kosten, die bei der Erfüllung dieser Aufgabe entstehen, in den Aufgabenbereich der KVen. Nun bestehen aber bei den Krankenkassen bereits erhebliche Kapazitäten, sowohl Personal als auch EDV-Anlagen, mit deren Hilfe die im gegenwärtigen System anfallenden Abrechnungen erledigt werden. Es spricht deshalb nichts dagegen, die praktische Durchführung der Abrechnung der Krankenhausleistungen und Arznei-, Heil- und Hilfsmittel auch weiterhin bei den Krankenkassen abzuwickeln, zumal diesen damit auch eine direktere Kontrolle des Leistungsniveaus möglich ist. Die Ergebnisse der Abrechnung können dann jeweils auf Datenträger gespeichert zur Endabrechnung an die KVen weitergeleitet werden.

Dies erfordert allerdings nicht nur eine intensive Kooperation zwischen den Krankenkassen und den KVen, sondern auch ein stabiles Vertrauensverhältnis zwischen diesen beiden Partnern. Ohne ein solches Vertrauensverhältnis wäre die Durchführung des dargestellten Honorierungs- und Abrechnungssystems jedoch ohnehin weder durchführbar noch durchsetzbar. Eine positive Einstellung der Krankenkassen wird jedoch am ehesten zu erreichen sein, wenn sie von der praktischen Durchführung des Systems nicht völlig ausgeschlossen werden.

3. Ausgestaltung der Vergütung im Einzelleistungsversicherungssystem

Der grundlegende Unterschied zwischen der Pauschal- und der Einzelleistungsversicherung besteht darin, daß der Arzt bei einzelleistungsversicherten Patienten bereits zum Zeitpunkt der Leistungserstellung mit einem *ex - ante* festgelegten Einzelleistungshonorar rechnen kann. Die Höhe des Honorars für einen pauschalversicherten Patienten ergibt sich dagegen erst *ex - post*, da die Höhe der nach Abzug der Kosten für Krankenhausbehandlung, Arzneimittel und Arbeitsunfähigkeit zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung ermittelt werden muß, bevor die Höhe des Punktwertes für die Einzelleistungen berechnet werden kann. Obwohl die Höhe der Gesamtvergütung von Quartal zu Quartal schwankt, da sie eine Residualgröße darstellt, ist sie für die Ärzte *fix*: Ihre Höhe wird nicht davon beeinflußt, wie viele Einzelleistungen die Ärzte erbringen.

In der Einzelleistungsversicherung muß die Vergütung hingegen so ausgestaltet sein, daß das Honorar für die gesamte ambulante ärztliche Behandlung und damit auch die Höhe der Gesamtvergütung von Art und Umfang der erbrachten Leistungen abhängig sind. Diese Anforderungen werden jedoch nicht nur von der gegenwärtig praktizierten Einzelleistungsversicherung erfüllt. Es sind auch andere Formen der Vergütung im Einzelleistungsversicherungssystem durchführbar, die ein zusätzliches Steuerungspotential bieten. Bei einer Realisierung des Wettbewerbs der Systeme ist es daher grundsätzlich möglich, in der Einzelleistungsversicherung die gleiche Form der Arzthonorierung - *Fixum pro potentiellen Patient plus Einzelleistungsvergütung*, allerdings ohne Kostenbeteiligung - einzuführen wie in der Pauschalversicherung. Die Höhe des Arzthonorars würde lediglich vorher festliegen. Dabei ist es ausreichend, wenn der Punktwert der Einzelleistung *ex-ante* fixiert wird;

die Höhe des Fixums kann differenziert und an bestimmte Bedingungen geknüpft werden. Interessante Möglichkeiten ergeben sich insbesondere, wenn man das Fixum nach Facharztgruppen differenziert; hierdurch könnte z.B. der Hausarzt aufgewertet werden.¹ Auch die Bemessung der Höhe des Fixums nach dem Ausstattungsstandard der Praxen eröffnet neue Steuerungsmöglichkeiten. So macht die Kombination "hohes Fixum plus niedrige Einzelleistungsvergütung" für apparative Leistung die Anschaffung teurer Geräte für kleine Praxen sowie die übermäßige Nutzung medizinisch-technischer Leistungen uninteressant, insbesondere dann, wenn das Einzelleistungshonorar unter die Grenzkosten sinkt.² Die Bildung von Labor- und Apparategemeinschaften hingegen wird gefördert.³

Im Wettbewerb der Systeme gilt, daß die Pauschalversicherung einen Maßstab für die wirtschaftlichste Form der Behandlung bieten soll. Für die Versorgung mit ambulanten ärztlichen Leistungen gilt dies jedoch nur mit Einschränkungen. Eine Ausdehnung dieser Leistungsart führt zwar in der Pauschalversicherung zu einer Senkung des Punktwertes und damit des Honorars für jede Einzelleistung; diese Form der Kostenbeteiligung ist jedoch aus der Sicht des einzelnen Arztes relativ indirekt, so daß wahrscheinlich immer noch eine leichte Tendenz zu einem über dem optimalen Niveau liegenden Einsatz ärztlicher Leistungen besteht.

Die Selbststeuerung des Gesundheitssektors kann deshalb noch verbessert werden, indem in der Einzelleistungsversicherung ein zusätzlicher Anreiz zu einem wirtschaftlichen Einsatz ärztlicher Leistungen gegeben wird. Dies kann

¹Vgl. hierzu S. 87 dieser Arbeit.

²Vgl. hierzu ausführlich: Metze, Ingolf, Gesundheitspolitik, a.a.O., S. 97 ff.

³Vgl. S. 72 f dieser Arbeit.

zwar auch dadurch geschehen, daß ein im Vergleich zum Punktwert der Einzelleistungshonorare relativ hohes Fixum für jeden potentiellen Patienten gezahlt wird. Der Arzt hat dann ein Interesse an vielen gesunden Patienten und zusätzliche Leistungen lohnen sich nur, wenn sie medizinisch notwendig sind, um die Gesundheit des Patienten zu erhalten oder wiederherzustellen - es sei denn, die Kapazität der Praxis ist unterausgelastet. Gerade diese Gefahr - daß ärztliche Leistungen nur deshalb erbracht werden, weil der Arzt nicht genug zu tun und seine Geräte nicht ausgelastet hat - wird infolge steigender Niederlassungszahlen in den nächsten Jahren zunehmen.

Es erscheint deshalb sinnvoller, die Höhe der Kosten für die ärztlichen Leistungen durch eine Selbstbeteiligung zu begrenzen.¹ Eine Selbstbeteiligung ist jedoch dann am wirkungsvollsten, wenn die Kosten für den Versicherten direkt von Art und Umfang der erbrachten Leistungen abhängen, der Arzt also wie im gegenwärtigen Einzelleistungsversicherungssystem honoriert wird. Zudem verbessert es wahrscheinlich nicht nur die Durchsetzbarkeit, sondern auch den Wettbewerb zwischen den Systemen, wenn die Honorierung der ärztlichen Leistungen in der Einzelleistungsversicherung grundsätzlich anders ausgestaltet ist als in der Pauschalversicherung.

¹ vgl. dazu ausführlich S. 63 ff.

IV. Vorschläge zur praktischen Durchführbarkeit und Durchsetzbarkeit der Selbststeuerung des Gesundheitswesens

Während der Schwerpunkt der vorhergehenden Ausführungen auf der theoretischen Ausgestaltung des der Arbeit zugrunde liegenden marktwirtschaftlichen Modells im Gesundheitswesen liegt, sollen in den folgenden Abschnitten die Möglichkeiten und Probleme mehr in den Vordergrund gerückt werden, die bei einer praktischen Realisierung des Modells auftreten. Dabei sollen auch Vorschläge¹ entwickelt werden, die eine Durchsetzbarkeit und Durchführbarkeit des Systems erleichtern und seine Wirkungsweise unterstützen.

Da die Pauschalversicherung das eigentliche neue Element im marktwirtschaftlichen System ist, werden die meisten Vorschläge sich auch hauptsächlich auf diese Versicherungsform beziehen. Praktisch werden aber auch Auswirkungen auf die Einzelleistungsversicherung nicht ausbleiben; dort werden Neuerungen, die sich in der Pauschalversicherung bewährt haben, wahrscheinlich lediglich mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung eingeführt werden. Dabei wird die Pauschalversicherung insbesondere die Rolle eines Schrittmachers für effizienzsteigernde Innovationen übernehmen.

1. Auf der Anbieterseite

Zu den Anbietern im Gesundheitswesen gehören Ärzte, Apotheker und Pharmaindustrie, Krankenhäuser sowie die allgemein als "Vertragslieferanten der Kassen"

¹Ein Teil dieser Vorschläge ist nicht neu, erhält aber im Zusammenhang mit dem vorgeschlagenen Wettbewerb der Systeme neue Aspekte und Realisierungschancen.

bezeichneten Ersteller von Heil- und Hilfsmitteln, also Optiker und Hörgeräteakustiker, Orthopädienschuhmacher und Masseure - um nur die wichtigsten unter ihnen zu nennen. Die zentrale Stellung unter den Anbietern nehmen die niedergelassenen Ärzte ein, da sie den Zugang zu allen anderen Anbietern regeln; deren Leistungen werden von den Krankenkassen nur dann gewährt, wenn sie von einem niedergelassenen Arzt verordnet worden sind. Diese zentrale Stellung des Arztes wird im vorgestellten Pauschalversicherungssystem bestärkt. Da gleichzeitig bei den Ärzten ein starkes Interesse an Einsparungen geweckt wird, müssen die anderen Anbieter mit Umsatzeinbußen rechnen, die umso höher sein werden, je mehr sich das durch die Pauschalversicherung geschärfte Kostenbewußtsein der Ärzte auch auf die Behandlung der Einzelleistungsversicherten und Privatpatienten auswirkt.

a) Ärzte

Auf die Anbieter kommt also letztlich sehr viel mehr zu als nur eine Reform der Arzthonorierung: Wenn das marktwirtschaftliche Modell erfolgreich verwirklicht werden soll, so müssen sich die Anbieter im Gesundheitswesen auf eine völlig neue Situation einstellen. Da die niedergelassenen Ärzte jedoch die Schlüsselposition innehaben, sind sie nicht nur die Anbietergruppe, die mit den meisten Umstellungen rechnen muß, sondern sie müssen auch selbst aktiv die Reform des Gesundheitswesens mitgestalten. Ohne die Mitarbeit der niedergelassenen Ärzte und ihrer Vertreter, der KVen, ist die vorgeschlagene marktwirtschaftliche Reform des Gesundheitswesens nicht durchführbar.

Damit drängt sich aber auch die Frage auf, ob die Ärzte überhaupt bereit sein werden, sich auf ein solches System einzulassen - nicht umsonst werden

die niedergelassenen Ärzte in der Öffentlichkeit als eher konservativ eingestuft. Zudem ist die Pauschalvergütung für die Ärzte eher ein Reizwort als eine akzeptable Alternative zur gegenwärtigen Form der Honorierung.

Andererseits darf aber auch nicht übersehen werden, daß sich unter den Ärzten mehr und mehr das Bewußtsein ausbreitet, mit dem Rücken zur Wand zu stehen. Eine Ursache dafür liegt darin, daß in der Öffentlichkeit die Meinung besteht, die Ärzte hätten in den letzten Jahren - insbesondere seit der Einführung der Einzelleistungsvergütung - ungerechtfertigte hohe Einkommenszuwächse realisieren können. So stiegen die sich nach Abzug der Kosten ergebenden Erträge der Ärzte aus freier Praxis im Zeitraum von 1957 - 1971 von 35.288 DM auf 115.586 DM, also um 227 Prozent, während gleichzeitig das Bruttoeinkommen der Arbeitnehmer nur von 6.460 DM auf 17.723 DM, also um 174 Prozent anstieg.¹ Die Ärzte bzw. ihre Vertreter haben jedenfalls durch den mehrmaligen Verzicht auf eine Erhöhung der Honorarsätze den Eindruck erweckt, daß sich sogar über den Rahmen der "einnahmeorientierten Ausgabenpolitik" hinaus bei den Honoraren für die ambulante ärztliche Behandlung relativ problemlos Kosten einsparen lassen.

Dieser Stagnation der ärztlichen Gesamtvergütung steht auf der anderen Seite eine ständig wachsende Zahl niedergelassener Ärzte gegenüber, so daß bei den meisten Ärzten in den nächsten Jahren die Praxisumsätze spürbar zurückgehen werden. Da in den meisten Praxen relativ personalintensiv gearbeitet wird und Rationalisierungsmaßnahmen nur in bescheidenem Umfang durchführbar sind, ist bei vielen Ärzten mit Einkommenseinbußen zu rechnen.

¹Vgl. Gesellschaft für sozialen Fortschritt e.V. (Hrsg.), Der Wandel der Stellung des Arztes im Einkommensgefüge - Arzteinkommen, Honorierungssystem und ärztliche Tätigkeit, Bonn 1974, S. 32.

In dieser Situation bietet das vorgeschlagene System mehrere Chancen. Zum einen übernehmen die niedergelassenen Ärzte bei den Pauschalversicherten eine neue Aufgabe: Sie bieten jetzt nicht mehr nur einzelne ambulante ärztliche Leistungen an, sondern, formal gesprochen, "das Gut Gesundheit", denn sie übernehmen die Verantwortung für die gesamte gesundheitliche Versorgung der Patienten und die dabei entstehenden Kosten. Damit können die Ärzte bei den Kassen und in der Öffentlichkeit auch eine höhere Gesamtvergütung rechtfertigen, zumal der Verzicht auf eine reine Einzelleistungsvergütung und die Übernahme von Kostenverantwortung das lädierte "Image" der Ärzte in den Medien wahrscheinlich wesentlich aufbessern werden.

Hinzukommt, daß der Druck auf die ärztliche Gesamtvergütung abnimmt, weil sich jetzt neue Einsparmöglichkeiten ergeben. Im gegenwärtigen System haben weder der Gesetzgeber noch die Krankenkassen wirkungsvolle Steuerungsmöglichkeiten zu einer Einschränkung der Ausgaben für Arzneimittel und Krankenhausaufenthalte. Dieses Problem wird jedoch durch den Wettbewerb der Systeme und die Kostenverantwortung der Ärzte gelöst: bei den verordneten Leistungen wird es zu spürbaren Einsparungen kommen. Gleichzeitig wird durch die Kostenbeteiligung der Ärzte und die Vergütung nach Einzelleistungen mit sich ex-post ergebenden Punktwerten in der vorgeschlagenen Form das Kostenbewußtsein der Ärzte nicht nur bezüglich der verordneten, sondern auch bei der Erstellung und dem Einsatz eigener Leistungen wesentlich geschärft. Die Ärzte werden sich auch hier verstärkt um Einsparungen bemühen.

Beide Formen der Einsparungen - also sowohl bei den verordneten, als auch bei den ambulanten ärztlichen Leistungen - erfordern bei den niedergelassenen Ärzten in vielen Bereichen ein Umdenken und, wenn das System Bestand haben soll, auch eine Reihe flankierender Maßnahmen.

Einer dieser Bereiche ist die Ausstattung der Arztpraxen mit medizinisch-technischen Geräten. Im gegenwärtigen System rentiert sich fast jede Anschaffung im Laufe einiger Jahre, weil der Arzt die Möglichkeit hat, die entsprechende Leistung innerhalb eines gewissen Rahmens auszudehnen und entsprechend häufig abzurechnen. Manchmal "lohnt" sich eine Anschaffung auch bereits deshalb, weil der Arzt sonst befürchten muß, daß die Patienten zu einem besser ausgestatteten Arzt abwandern.

Besteht jedoch ein erheblicher Teil der Klientel eines Arztes aus pauschalversicherten Patienten, gerät dieses Kalkül durcheinander - er muß sich bei diesen Patienten nämlich Gedanken darüber machen, ob sich der Einsatz der entsprechenden Leistung für ihn auch dann noch lohnt, wenn er einen Teil der Kosten mitträgt. Das wird dazu führen, daß der Arzt für seine Praxis nur noch die Geräte neu anschafft bzw. ersetzt, deren Nutzen für Diagnose und/oder Therapie auch dann noch über den Kosten liegt, wenn er sie wirtschaftlich einsetzt. Andererseits ist es dem Arzt aber auch nicht möglich, auf die Anschaffung dieser Geräte ganz zu verzichten. Ein Teil seiner Patienten ist ja immer noch einzelleistungsversichert und bei den Pauschalversicherten wird das Niveau der Versorgung mit Leistungen dieser Art überprüft.

Für den Einsatz der Geräte, die in einer einzelnen Praxis nicht wirtschaftlich arbeiten, weil sie nicht genügend ausgelastet sind, bietet sich deshalb als Ausweg die Möglichkeit einer gemeinschaftlichen Nutzung durch mehrere Ärzte an. Diese Gemeinschaft kann informeller Art sein, wenn z.B. mehrere Ärzte sich untereinander darauf einigen, jeweils bestimmte Geräte anzuschaffen und sich die Patienten für die entsprechenden Leistungen gegenseitig zu überweisen. Es wäre

aber auch denkbar, Gerätepools einzurichten, in denen entweder von der Gemeinschaft beauftragte Ärzte die jeweiligen Leistungen erbringen oder in denen den einzelnen Ärzten für bestimmte Zeiten ein Nutzungsrecht eingeräumt wird, so daß sie sich ihre Patienten dorthin bestellen können.

Diese Lösungen mögen zwar etwas unbequemer sein als die gegenwärtige Situation. Dieser Nachteil wird jedoch dadurch verringert, daß sich die Ärzte verstärkt in sogenannten "Ärztelhäusern" niederlassen, in denen mehrere Ärzte - meist verschiedener Fachrichtungen - auf engem Raum ihre Praxen ausüben. Aber auch die Bildung von Gruppenpraxen erleichtert die gemeinschaftliche Nutzung teurer Geräte; der technische Fortschritt in Form neuer medizinisch-technischer Apparate ist heute oft bereits so teuer, daß eine Anschaffung für eine einzelne Ärztepraxis kaum noch sinnvoll ist - zumal die Geräte häufig bereits nach kurzer Zeit wieder veraltet sind. Auch die verstärkte Durchführung ambulanter Operationen scheitert häufig an den Kosten für die erforderliche Ausstattung. Zudem werden der Umgang mit den Geräten und die Beurteilung eventueller Ergebnisse ständig komplizierter, so daß auch aus diesem Grund in absehbarer Zeit eine stärkere Spezialisierung der Ärzte auf bestimmte apparative Leistungen erforderlich werden wird.

Diese Entwicklung einzuleiten, zu fördern und zu kontrollieren dürfte eine wichtige Aufgabe der KVen werden, die ja bereits über wertvolle Erfahrungen aus der Zeit der Gründung von Laborgemeinschaften verfügen. Dabei kann auf Erfahrungen mit den

"Prepaid Group Practices" (PPGs) in den USA zurückgegriffen werden. Hierbei handelt es sich um eine spezielle Form von Ärztegruppen, die zu einem festen Betrag für einen bestimmten Versichertenkreis die medizinische Versorgung übernehmen,¹ also ein System, das der Pauschalversicherung ähnelt. Der wesentliche Vorteil besteht darin, daß die Behandlung des Patienten in einem integrierten System erfolgt,² das nach deutscher Terminologie einer fachübergreifenden Gruppenpraxis entspricht. Der Erfolg: niedrige Kosten, insbesondere auch durch geringe Beanspruchung von Krankenhäusern.³ Aber auch die Vermeidung von Doppelarbeiten und eine kontinuierliche Behandlung mit vollständigen Krankengeschichten tragen ebenso zur Kosteneinsparung bei wie die produktivere Verwendung von medizinischen Hilfskräften und Apparaten.⁴

Von einer speziellen Zusammenarbeit der Ärzte profitieren natürlich auch die Patienten. In der Bundesrepublik sind wir von einem solchen System weit entfernt. Der größte Teil der Überweisungen wird hier "unspezifisch" vorgenommen, d.h. der überweisende Arzt vermerkt auf seinem Überweisungsvordruck zwar die Facharztgruppe, der der mitbehandelnde Arzt angehören soll: die Rubriken, in denen der Arzt genauere Angaben über die Art der Leistungen, die erbracht werden sollen oder die Diagnosen, die bereits erstellt worden sind, machen könnte, werden nur in seltenen Fällen ausgefüllt. Das führt häufig zu vermeidbaren Doppelbehandlungen sowie zur Durchführung überflüssiger Maßnahmen.

¹Vgl. Haarmann, Michael, a.a.O., S. 116 f.

²Vgl. ebenda, S. 118.

³Vgl. ebenda.

⁴Vgl. ebenda.

Die optimale Lösung dieses Problems - fachübergreifende Gruppenpraxen dürfte in der Bundesrepublik allenfalls schrittweise realisierbar sein. Dennoch dürfte die Pauschalversicherung dazu beitragen, das Überweisungsverhalten der Ärzte zu verbessern. Da die Überweisungen für die Primärärzte nämlich nicht mehr "kostenlos" sind, werden sie hier eher dazu übergehen, spezifische Überweisungen vorzunehmen, die Patienten also jeweils nur für bestimmte Maßnahmen überweisen. Gleichzeitig wird es aber auch zu intensiveren Kontakten zwischen primär- und mitbehandelnden Ärzten kommen. Da beide Seiten ein Interesse an einer kostengünstigen Behandlung haben, wird es zu einem Austausch von Informationen über notwendige Untersuchungen sowie Ergebnisse und Therapie-vorschläge kommen.

Gleichzeitig fördert das Interesse an Kostensenkungen die Tendenz zu einer Spezialisierung der Ärzte. Die Primärärzte könnten sich im wesentlichen darauf beschränken, einige Routineuntersuchungen durchzuführen und die Behandlung zu koordinieren. Dazu gehört allerdings auch die Aufgabe zu erkennen, wann ein Patient welcher Spezialuntersuchung bedarf - je eher eine Krankheit erkannt und je schneller sie behandelt wird, umso niedriger sind die Behandlungskosten. Eine weitere Erhöhung der Effizienz wird erreicht, wenn die Primärärzte ihre Patienten bevorzugt dem Facharzt zur Mitbehandlung überweisen, der über relativ viel Erfahrung im Umgang mit der jeweiligen Art des Leidens verfügt. Das fördert wiederum die Spezialisierung der Fachärzte - eine Tendenz, die ja auch bereits durch die zunehmende Komplizierung des medizinischen Fortschritts und der Medizintechnik vorgezeichnet ist. Die vorgeschlagene Form der Arzthonorierung mit der Wiederbelebung der Koordinierungsfunktion des Hausarztes

kann somit dazu beitragen, eine notwendige Entwicklung des Gesundheitswesens zu beschleunigen. Gleichzeitig kann der Hausarzt jetzt dazu beitragen, unerwünschte Auswüchse zu vermeiden, wie z.B. eine Überspezialisierung, die zur Folge hat, daß Patienten von einem Facharzt zum anderen geschickt werden, wobei immer nur ein Teilaspekt, nie aber die Gesamtheit ihres Leidens erkannt und behandelt wird. Dieser Aspekt gewinnt insbesondere durch die zunehmende "Multimorbidität" ständig an Bedeutung.

Diese wünschenswerte Entwicklung setzt allerdings ein rationales Verhalten der Ärzte voraus. Dem steht jedoch entgegen, daß seit einigen Jahren in der Ärzteschaft zwischen den praktischen Ärzten und Allgemeinmedizinern auf der einen und den Fachärzten auf der anderen Seite eine Rivalität um die hausärztliche Versorgung besteht.

Gegenwärtig ist es häufig so, daß die Versicherten - überspitzt gesagt - oft zwischen zwei unvollkommenen Versorgungsarten diejenige wählen, die sie für sich persönlich als die angenehmere empfinden. Ein großer Teil, insbesondere die Patienten, die vom Arzt "soziale Nähe" und "Zuwendung" erwarten sowie ältere Patienten¹, lassen sich überwiegend von einem praktischen Arzt² behandeln, weil sie Wert auf eine umfassende Betreuung legen. Damit nehmen sie aber auch in Kauf, daß - so der Vorwurf der Fachärzte - eine eventuell notwendige Überweisung hinausgezögert wird oder gar unterbleibt,

¹ Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.): Zur Entscheidungsstruktur der Arztwahl zwischen Allgemeinmediziner und Facharzt, Bonn 1980, S. 7.

² Unter einem "praktischen Arzt" bzw. "Praktiker" soll im folgenden sowohl ein praktischer Arzt im eigentlichen Sinne als auch ein Arzt für Allgemeinmedizin verstanden werden.

weil der Hausarzt die Krankheit so lange wie möglich selbst behandeln möchte: wäre die Behandlung von Anfang an von einem Spezialisten vorgenommen worden, hätte der Patient vielleicht schneller geheilt werden können. Dieses Risiko geht die ständig steigende Anzahl von Patienten nicht ein, die entweder auch ohne Überweisung ihres Hausarztes einen Facharzt aufsuchen, weil sie entweder keinen praktischen, sondern einen Facharzt als Hausarzt haben oder ganz auf die kontinuierliche Betreuung durch einen bestimmten Arzt verzichten und im Krankheitsfalle stets einen ihnen passend erscheinenden Spezialisten aufsuchen. Dies ist jedoch häufig unwirtschaftlich: 1977 lag der durchschnittliche Fallwert der Fachärzte um 26,4 % über dem der Praktiker.¹ Auch diese Patienten erhalten keine optimale Versorgung, es besteht die Gefahr gesundheitlicher Schädigungen entweder dadurch, daß mehrere Behandlungen unkoordiniert nacheinander oder gar nebeneinander laufen, ohne daß wichtige Zusammenhänge erkannt und berücksichtigt werden können. Welche wichtige Aufgabe den Praktikern zukommt, beweist die Tatsache, daß Beratungen, Besuche und eingehende Untersuchungen bei ihnen 60 % Honoraranteil haben; im Durchschnitt aller Ärzte sind es nur 40 %.²

Es wäre jedoch zu einfach, wenn man die Schuld an dieser Entwicklung allein den praktischen Ärzten zuweisen wollte. Man darf nämlich nicht übersehen, daß die Abneigung der Praktiker gegenüber Überweisungen an Fachärzte darauf zurückzuführen ist, daß ihr ursprünglich unangetastetes "Monopol" auf hausärztliche Behandlung immer mehr aufgeweicht ist, weil viele Patienten gleich zum Facharzt gehen. Die Ursachen dafür sind wiederum vielfältig: Der Facharztzugang wurde durch die Krankenscheinscheckhefte und die zunehmende Facharztdichte organisatorisch erleichtert; zudem sind viele praktische Ärzte der von der Gebührenordnung ausgehenden Versuchung erlegen und sowieso zu halben Internisten geworden, die mehr Wert auf Apparatemedizin als auf Beratungen legen. Aber auch die Versicherten erliegen der Versuchung und glauben vielfach, daß die offensichtlich teurere Behandlung beim Facharzt auch in jedem Fall die bessere sei.

¹Vgl. Schmitz-Formes, Josef, a.a.O., S. 2600.

²ebenda.

Außerdem kann man dadurch, daß man mit dem Originalkrankenschein zum Facharzt geht, in vielen Fällen die Wartezeit beim praktischen Arzt sparen. Die Fachärzte, so der Vorwurf der Praktiker, begünstigen dieses Verhalten, indem sie die Patienten nicht an die Hausärzte zurückverweisen, sondern sie nach Ablauf des Überweisungsquartals auch auf Krankenschein behandeln und häufig bereitwillig auch einen Teil der Aufgaben mit übernehmen, die eigentlich in den Bereich des Hausarztes fallen.

Dieser in der Ärzteschaft schwelende Konflikt wird voraussichtlich mit steigender Niederlassungsdichte zunehmen und auch das Überweisungsverhalten der Ärzte immer stärker beeinflussen. Insbesondere wird die Bereitschaft der praktischen Ärzte sinken, an Fachärzte oder Facharztgruppen zu überweisen, die ebenfalls Hausarztfunktionen wahrnehmen können, also insbesondere Internisten, Kinderärzte und Gynäkologen. So beträgt der Anteil der Originalkrankenscheine heute bei Internisten 83,5 %, bei Frauenärzten 54 %, und bei den Kinderärzten liegt er mit 91,8 % sogar über dem der Praktiker mit 89,5 %.¹ Dieses Problem wird sich noch verschärfen, wenn im Pauschalversicherungssystem die angesprochenen Facharztgruppen ebenfalls zur Primärbehandlung zugelassen werden. Für jeden pauschalversicherten Patienten, der sich nach einer Überweisung bei einem Facharzt auch einschreibt - und diese Gefahr ist nicht gering -, geht den Praktikern eine Pauschale verloren. Andererseits ist es auch nicht angeraten, nur die praktischen und Ärzte für Allgemeinmedizin zur Primärversorgung zuzulassen. Zwar käme es dadurch kurzfristig zu einer solchen Überlastung dieser Arztgruppe, daß sie bereitwillig überweisen würden, sie hätten aber auch nicht genug Zeit, die ihnen zugeordneten Aufgaben sorgfältig zu erfüllen. Außerdem hat der Wettbewerb zwischen den Arztgruppen auch unverzichtbare positive Nebenwirkungen. Bei den Praktikern fördert er die Bereitschaft, Möglichkeiten zur Weiterbildung zu nutzen, während die Fachärzte

¹ Vgl. Kosanke, Bodo und Friedrich Wilhelm Schwartz, a.a.O., S. 12

ihren Patienten mehr Zeit widmen. Bei einer Einführung des Pauschalversicherungssystems wird das Problem wahrscheinlich zum Teil bereits dadurch entschärft werden, daß ein großer Teil der Fachärzte nur begrenzt bereit und auch in der Lage ist, die mit der Einschreibung verknüpften Bedingungen - Koordination und Dokumentation der Gesamtbehandlung und Verpflichtung zu Hausbesuchen zu erfüllen (vgl. S. ...). Die meisten Fachärzte werden deshalb den Anteil an eingeschriebenen Patienten stets auf einen bestimmten Prozentsatz ihres Patientenstammes beschränken. Damit sinkt auch für den praktischen Arzt das Risiko, daß ein an einen Facharzt überwiesener Patient für ihn "verloren" ist.

Ein weniger problemloser Facharztzugang für die Patienten wird zweifellos wieder eine Aufwertung des praktischen Arztes und damit auch wieder eine verstärkte Niederlassung gut ausgebildeter Ärzte in diesem Fachgebiet bewirken. Durch diese Verschiebung der Relation zwischen den Facharztgruppen, die von vielen Beteiligten durchaus als erstrebenswert betrachtet wird, ergibt sich quasi automatisch eine weitere Entschärfung des Problems.

Dennoch sollte das Überweisungsverhalten stets überprüft werden. Dies ist relativ problemlos möglich, da man über Vergleichszahlen der Überweisungstätigkeit sowie die mit dem Originalkrankenchein in Anspruch genommenen Facharztbehandlungen bei den Einzelleistungsversicherten verfügt. Als Instrumente zur Erhöhung der Überweisungsbereitschaft bieten sich an: Senkung der Kostenbeteiligung, mit der ein Primärarzt bei einer Überweisung belastet wird, eventuell bei gleichzeitiger Senkung der Pauschale pro eingeschriebenem Patienten, oder die Ausgabe von Berechtigungsscheinen für eine Facharztbehandlung auch ohne Überweisungs-

schein; um hier die Hemmschwelle relativ hoch zu setzen, könnte dieser Schein z.B. nur auf schriftliche Anforderung hin ausgegeben werden.

Eine Beschränkung des "Hausarztrechts" auf bestimmte Facharztgruppen erscheint nicht notwendig.¹ Dadurch würde lediglich den Patienten die Möglichkeit genommen, auf ein ihrer Ansicht nach unbefriedigendes Überweisungsverhalten der Hausärzte zu reagieren. Und wenn ein Patient sich unbedingt bei einem Orthopäden oder Augenarzt einzuschreiben wünscht und dieser zudem bereit ist, die mit seiner Funktion als Hausarzt verbundenen Pflichten zu erfüllen - warum sollte man das verhindern? Solche Fälle werden auch ohne institutionelle Regelungen immer eine Ausnahme bleiben; Ge- und Verbote hingegen würden nur neue Gräben innerhalb der Ärzteschaft aufreißen und die Durchsetzung des Gesamtsystems unnötig erschweren.

b) Krankenhäuser

In keinem anderen Gesundheitssystem gibt es eine derart strikte organisatorische Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung wie in der Bundesrepublik. Dadurch werden häufig Kosten verursacht, die sich durch eine engere Zusammenarbeit vermeiden ließen.

Politisch läßt sich jedoch eine Aufweichung der starren Trennungslinien kaum durchsetzen. Die niedergelassenen Ärzte haben stets die "Horrorvision"

¹ Da sie de facto eine Einschränkung der freien Arztwahl darstellen würde (§ 368 RVO), wäre sie auch weder durchsetzbar noch im Sinne des Systems.

vor Augen, entweder selbst zu Angestellten in medizinisch-technischen Zentren degradiert zu werden oder sich aber als freie niedergelassene Ärzte gegen die Konkurrenz einer solchen Ärztegruppe nur schwer durchsetzen zu können. Andererseits sehen sie es aber auf die Dauer nicht als zumutbar an, daß Kostendämpfungsstreben stets bei ihnen angesetzt werden, während die Krankenhäuser scheinbar unbehelligt weiterhin den Löwenanteil an den Kosten im Gesundheitswesen beanspruchen dürfen. Diese wiederum stehen vor dem Problem, ihre hohen Kosten, die teils durch den hohen Personalbestand bedingt, teils auf die Investitionseuphorie der siebziger Jahre zurückzuführen sind, gegen den Widerstand der Krankenkassen über die Pflegesätze abdecken zu müssen. Da außerdem in vielen Regionen ein Bettenüberhang aufgebaut worden ist, müssen viele Krankenhäuser damit rechnen, daß sie dazu gezwungen werden, unwirtschaftlich arbeitende Stationen zu schließen.

In dieser Situation birgt die Einführung der Pauschalversicherung und damit das Interesse der niedergelassenen Ärzte an einer Ausdehnung der ambulanten zu Lasten der stationären Behandlung das Risiko einer weiteren Verhärtung der Fronten in sich. Die Einschränkung der Krankenhauseinweisungen - korrekter gesagt: Verordnungen von Krankenhauspflege - wird zwar durch den Wettbewerb der Systeme in Grenzen gehalten. Das Bemühen der Ärzte wird bei den Pauschalversicherten zunächst darauf zielen, die Dauer der stationären Behandlung dadurch zu reduzieren, daß sie den Krankenhausärzten umfassende Informationen über den bisherigen Behandlungs- und Krankheitsverlauf zur Verfügung stellen.

Wie groß das Potential zur Einsparung von Krankenhauskosten sein mag, zeigt ein Blick in die USA: Dort entfallen auf die in den PPGs betreuten Versicherten nur etwa halb so viele Krankenhaustage wie auf die Versicherten anderer Systeme¹ - und das, obwohl die durchschnittliche Zahl der Krankenhaustage pro US-Bürger ohnehin bereits wesentlich geringer ist als die der deutschen Bundesbürger.²

Aus der Sicht der Krankenhäuser bedrohliche Einsparungsmöglichkeiten entstehen insbesondere dann, wenn die Ärzte sich über die KVen verstärkt um eine Einrichtung von Sozialstationen bemühen. Ein Arzt, für den die Einweisung eines Patienten in ein Krankenhaus nicht mehr kostenlos ist, wird sehr viel eher bereit sein, die Arbeit dieser Einrichtungen durch Hausbesuche bettlägeriger Patienten zu unterstützen. Untersuchungen, die nachweisen, daß die Verweildauer in Akutkrankenhäusern negativ korreliert ist mit der Anzahl der niedergelassenen Ärzte zeigen, daß "ein leistungsfähiges ambulant Versorgungssystem ... kostenintensive Krankenhausversorgung einzusparen"³ vermag. So könnte auf die Krankenhauspflege nach Entbindungen verzichtet werden, wenn fachkundige Kräfte bereitstehen, um die Mütter mit Rat und Tat zu Hause zu unterstützen. Auch alleinstehende Kranke, die heute entweder in Pflegeheimen, häufig aber auch auf Kosten der Krankenversicherungen in Krankenhäusern untergebracht sind, könnten durch die Zusammenarbeit von Ärzten und Sozialstationen zuhause und damit sehr viel kostengünstiger betreut werden. Zudem ist die Betreuung durch eine Sozialstation eine notwendige Voraussetzung für eine Ausdehnung des ambulanten Operierens.

¹Vgl. Haarmann, Michael, a.a.O., S. 118.

²Vgl. Jeute, Karl, a.a.O., S. 1776.

³Kosanke, Bodo und Friedrich Wilhelm Schwartz, a.a.O., S. 11.

Da sich die Pflege jedoch auch häufig an eine Krankenhausbehandlung anschließt, besteht die Gefahr, daß die Krankenhäuser dieses System dadurch torpedieren, daß sie die pflegebedürftigen Patienten nicht entlassen, sondern so lange wie möglich im Krankenhaus halten, indem sie die Behandlung verzögern und ausdehnen. Das Interesse an einer möglichst langen Verweildauer wird auch durch die gegenwärtige Pflegesatzregelung begünstigt. Obwohl die Patienten in den ersten Tagen ihres Krankenhausaufenthaltes die meisten Kosten verursachen, wird von den Krankenkassen für jeden Tag ein gleichbleibender Betrag gezahlt. Sinkt die durchschnittliche Verweildauer, so müssen die Pflegesätze erhöht werden, weil die durchschnittlichen Behandlungskosten pro Tag steigen und zudem gleichzeitig die Auslastung der Kapazität des Krankenhauses sinkt, wodurch der Fixkostenanteil pro Pflege-tag steigt. Da zudem die Höhe der Pflegesätze wesentlich mehr im Blickpunkt der öffentlichen Diskussion steht als die Verweildauer, haben die Krankenhäuser kein Interesse an einer Senkung der Verweildauer.

Einen Ausweg aus diesem Dilemma bietet die Neugestaltung der Bewertung und Abrechnung von Krankenhausleistungen, z.B. in Form einer degressiven Ausgestaltung des Pflegesatzes¹, bei der den Krankenhäusern für die ersten Tage des Krankenhausaufenthaltes relativ hohe Beträge zugestanden werden, die jedoch für die folgenden Tage nach und nach abnehmen, bis ein bestimmter Sockelbetrag erreicht ist. Damit wird eine stärkere Orientierung der Höhe des Pflegesatzes an den tatsächlich entstehenden Kosten erreicht, ohne daß eine Einzel-

¹ Diese Idee hat bereits heute eine Reihe von Anhängern; auch die niedergelassenen Ärzte stehen ihr positiv gegenüber, vgl. Häußler, Siegfried, Gesundheitspolitik - Reform durch Zwang oder Einsicht? Köln 1976.

leistungsabrechnung notwendig ist. Damit geht von den Pflegesätzen kein Anreiz zur Ausdehnung der Liegedauer mehr aus.

Eine weitere Möglichkeit zur Erhöhung der Effizienz der Krankenhausbehandlung besteht darin, die Höhe des Pflegesatzes nicht mehr für jedes einzelne Krankenhaus in Höhe eines jeweils kostendeckenden Betrages festzulegen, sondern leistungsorientierte Preise auszuhandeln.¹ Dabei sollte Krankenhäusern gleicher Art grundsätzlich auch gleiche Preise zugestanden werden. Wirtschaftlichkeit wird jetzt durch Gewinne belohnt, während unwirtschaftlich arbeitende Krankenhäuser gezwungen werden, ihre Effizienz zu erhöhen, um Verluste zu reduzieren.

Daß so etwas möglich ist, zeigt das Beispiel Berlin:²

1981 wurde für die städtischen Krankenhäuser in Berlin eine Vereinbarung getroffen, die feste Pflegesätze und den Verzicht auf den sonst üblichen nachträglichen Ausgleich von Gewinnen und Verlusten vorsah. Der Erfolg: Allein im ersten Halbjahr 1983 erwirtschafteten die Krankenhäuser einen Gewinn von rund 9 Mill. DM. Da die Krankenkassen die Senkung der Verweildauer mit einem Zuschlag zum Pflegesatz versahen, sank die Verweildauer von 19,9 Tagen (1981) auf 19,3 Tage (1982). Die Krankenhauskosten stiegen mit 5,2 % wesentlich weniger an als in anderen Bundesländern.

¹Näheres dazu vgl. Metze, Ingolf, Gesundheitspolitik, a.a.O., S. 118 ff.

²ö.V., Berliner Krankenhäuser erarbeiten Überschüsse, in: Handelsblatt v. 15.9.1983, S. 6.

Ein weiterer Beitrag zur Lösung des Kostenproblems der Krankenhäuser könnte geleistet werden, wenn die strikte Trennung zwischen ambulanter und stationärer Behandlung zugunsten einer verstärkten organisatorischen Zusammenarbeit zumindest teilweise aufgegeben würde.

Während viele niedergelassene Ärzte den Kosten für die Anschaffung und Bedienung medizinisch-technischer Geräte angesichts der schnellen Entwicklung kaum noch gewachsen sind, ist die Einrichtung der meisten Krankenhäuser nicht nur auf dem neuesten Stand des medizinischen Fortschritts, sondern es stehen hier neben dem geschulten Personal häufig auch noch freie Kapazitäten zur Verfügung. Es liegt deshalb nahe, die bereits oben erwähnten "Gerätepools" (vgl. S. 90) organisatorisch an die Krankenhäuser anzugliedern. Damit sparen nicht nur die niedergelassenen Ärzte Kosten, auch für die Krankenhäuser ergibt sich die Möglichkeit, entweder die Kosten für ihre Ausstattung zu senken oder aber durch die verstärkte entgeltliche Nutzung der Geräte und des Fachpersonals durch die niedergelassenen Ärzte ihre Einnahmen zu erhöhen. Dabei könnte man theoretisch soweit gehen, daß die niedergelassenen Ärzte im Krankenhaus "ambulante Operationen" durchführen.

Der Nachteil für die Patienten, die jetzt mehr Wege in Kauf nehmen müssen, wird dadurch überkompensiert, daß nicht nur die Krankenkassenbeiträge verkürzt oder gar vermieden wird.¹ Zudem können sie damit rech-

¹ Hier kommen insbesondere Einweisungen zwecks diagnostischer Maßnahmen in Frage, die jetzt quasi "halbstationär" in Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen und Krankenhausarzt durchgeführt werden können. Aber auch manche Nachuntersuchung im Anschluß an einen vorherigen Krankenhausaufenthalt ließe sich bei einer engeren Zusammenarbeit ohne erneuten stationären Aufenthalt abwickeln.

nen, daß die Mitarbeiter in den Krankenhäusern über eine wesentlich größere Erfahrung verfügen, so daß die notwendigen Untersuchungen und Behandlungen häufig nicht nur fachgerechter durchgeführt, sondern Befunde auch zuverlässiger beurteilt werden können.

Die meisten Vorschläge zur Erhöhung der Effizienz des Krankenhauswesens im Rahmen des Wettbewerbs der Systeme, insbesondere bei der Behandlung pauschalversicherter Patienten, lassen sich nur dann erfolgreich realisieren, wenn die Investitionsentscheidungen von einem Gremium getroffen werden, in dem die Beteiligten gemeinsam entscheiden.

Ihm sollten deshalb im Idealfall die Vertreter aller Krankenhäuser einer Region sowie der niedergelassenen Ärzte angehören, damit die Investitionen untereinander abgestimmt werden können. Auch die Krankenkassen sollten mitbestimmen dürfen, allerdings nicht nur in ihrer Funktion als "Kostenbremser", sondern auch als Vertreter der Interessen der Patienten an einer qualitativ hochwertigen Versorgung. Die von einem solchen Gremium getroffenen Investitionsentscheidungen können eine wesentlich effizientere Verwendung der zur Verfügung stehenden Mittel gewährleisten. Eine notwendige Ergänzung ist allerdings der Übergang von der dualen zur monistischen Finanzierung.¹

¹ Für eine Novellierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes in diesem Sinne sprechen auch noch eine Reihe anderer Gründe, auf die hier jedoch nicht näher eingegangen werden soll. Vgl. auch Metze, Ingolf, Gesundheitspolitik, a.a.O., S. 115 ff.

c) Arzneimittelindustrie und Apotheker

Auch für die Arzneimittelindustrie sind die Zeiten hoher Wachstumsraten vorbei. Grundlegend neue Medikamente sind in den letzten Jahren nur noch selten auf den Markt gekommen; die meisten neu in den Handel gebrachten Präparate sind lediglich Abwandlungen und/oder Kombinationen bereits bekannter Wirkstoffe. Kommt zu dieser Stagnation jetzt auch noch ein verstärktes Kostenbewußtsein der Ärzte, so muß sich die Arzneimittelindustrie - und mit ihr die Apotheker - sogar auf erhebliche Umsatzeinbußen einstellen. Denn daß im Bereich der Arzneimittelindustrie kräftig eingespart werden kann, ist unumstritten.

So hat MÖSSINGER einmal einen Monat lang seine Rezeptverordnungen registriert und dabei folgende Werte ermittelt¹: lediglich 40% seiner mengenmäßigen Verordnungen wurden aufgrund eigener Überlegungen getroffen. 60% der Verordnungen erfolgten auf Wunsch des jeweiligen Patienten. Ein großer Teil dieser Medikamente waren seiner Ansicht nach nicht notwendig; insgesamt 42,5%, so das Fazit, hätte er nicht verordnet, wäre er in seinen "Entscheidungen frei und nicht als Kassenarzt durch das unnatürliche System der gesetzlichen Krankenversicherung dem Anspruchsdenken ausgesetzt gewesen"².

Bei diesen Angaben muß zwar berücksichtigt werden, daß gerade die praktischen Ärzte bzw. Allgemeinmediziner mit besonders vielen Rezeptwünschen, insbesondere bei kleineren Beschwerden konfrontiert werden. Doch ist es durchaus vertretbar anzunehmen, daß allein durch das Ausschlagen unberechtigter Patientenwünsche leicht ein nicht unbeträchtlicher

¹ Vgl. Mössinger, Paul, a.a.O., S. 70.

² ebenda.

Teil der Arzneimittelkosten eingespart werden könnte.

Auch ein internationaler Vergleich bestätigt, daß in der Bundesrepublik außerordentlich viel verordnet wird. Kommen in den Vereinigten Staaten auf einen Einwohner jährlich im Durchschnitt 7,1 Verordnungen, so sind es in der Bundesrepublik 14; pro Fall wurden von den Kassenärzten 1,6 Rezepte ausgestellt.¹ Besonders bedenklich erscheint die Tatsache, daß die Verordnungen von Psychopharmaka mengenmäßig an dritter, wertmäßig sogar an zweiter Stelle stehen.² Die Verordnung der in der allgemeinen Diskussion in ihrer Bedeutung oft sehr hochgespielten Antibiotika tauchen dagegen in dieser Verordnungsstatistik mengenmäßig erst an siebzehnter Stelle auf; auf sie entfallen nur 2,1% der Kosten.³

Aber nicht nur bei der Zahl der Verordnungen ließen sich Kosten sparen. Die meisten Ärzte, so hat man festgestellt, konzentrieren sich auf relativ wenige Präparate; preiswertere Alternativen, auch die sogenannten "generischen Versionen", werden relativ selten verordnet.⁴

Dabei könnten nach Berechnungen des NRW-Sozialministeriums pro Jahr vier Mrd. D-Mark allein dadurch eingespart werden, daß die Ärzte anstelle von teuren Markenpräparaten preiswertere Medikamente verschreiben.⁵ Das ist jedoch nur zu ver-

¹ Vgl. Kimbel, Karl-H., Bessere Arzneimittelinformation - Weg zur optimalen Verordnung, Ärzteblatt Rheinland-Pfalz, S. 22.

² ebenda.

³ ebenda.

⁴ ebenda, S. 27.

⁵ Vgl. O.V., Die Krankenkassen könnten mehr als sieben Mrd. Mark pro Jahr sparen, in: Handelsblatt v. 2.11.1983, S. 8.

ständig: dem Arzt ist ein kombinierter Qualitäts- und Preisvergleich praktisch nicht möglich. Er greift deshalb am liebsten wieder auf das Präparat zurück, mit dem er bereits therapeutische Erfahrung hat.¹

Dies macht sich die Arzneimittelindustrie zunutze, indem sie den Arzt mit Arzneimittelproben überschüttet und Arzt und Patienten durch intensive Werbung glauben macht, daß es unter den laut Pressemeldung über 50.000 zugelassenen Arzneimitteln in der Bundesrepublik² für jedes Leiden wenigstens ein Mittel gibt, das Abhilfe schafft. Dadurch ist die Situation entstanden, daß ein Patient sich nur noch dann ausreichend versorgt fühlt, wenn er vom Arztbesuch mit einem Rezept zurückkehrt. Dabei wurde lange Zeit von beiden Seiten übersehen, daß zahlreiche Arzneimittel bei Dauergebrauch zu Abhängigkeit oder gar Sucht führen können, andere den Heilungsprozeß nur unwesentlich beeinflussen, häufig sogar für die Diagnose wichtige Symptome verschleiern.

Wichtig ist deshalb, daß die Ärzte auch durch eine neutrale Stelle über eine wirtschaftliche Verordnungsweise informiert werden. Denkbar wäre es z.B., daß die Kassenärztlichen Vereinigungen für die wichtigsten Indikationen Informationsblätter erarbeiten. Auf ihnen sollten die in Frage kommenden Präparate vorgestellt und Hinweise für die Auswahl gegeben werden. Dazu sind insbesondere Informationen über die Preise pro Tagesdosis, pharmazeutische Qualität,

¹Vgl. Molitor, Bruno, Der Arzneimittelmarkt und die Reform der Sozialen Krankenversicherung, in: Wirtschaftsdienst, 53. Jg. (1973), S. 299.

²Vgl. o.V., Die Krankenkassen könnten mehr als sieben Mrd. Mark pro Jahr sparen, a.a.O., S. 8.

Wirkstoffwirksamkeit und -verträglichkeit sowie Gewöhnungs- bzw. Suchtgefahren für den Arzt unentbehrlich¹; sie können allerdings die Erfahrungen des Arztes mit bestimmten Präparaten nicht ersetzen, sondern lediglich ergänzen. Deshalb sollte der einzelne Arzt angehalten werden - dies kann auch durch eine entsprechende Gestaltung der Informationsblätter geschehen - seine Behandlungserfolge bzw. -mißerfolge, von ihm beobachtete Nebenwirkungen sowie die Akzeptanz der einzelnen Präparate zu dokumentieren. Eine solche Informationssammlung, möglichst in Form einer Lose-Blatt-Sammlung, die leicht auf den neuesten Stand gebracht werden und den in der jeweiligen Praxis auftretenden Indikationen angepaßt werden kann, würde viel dazu beitragen, daß der Arzt die Präparate bewußter auswählt, zumal er Kosten und Nutzen einer Verordnung jetzt besser einschätzen kann.

Bei entsprechendem Interesse der Ärzte wäre es auch sinnvoll, eine Informationsstelle einzurichten, in der die Ärzte sich jederzeit telefonisch über eine effiziente Medikation unterrichten können. Insbesondere bei relativ selten auftretenden Erkrankungen oder bei Vorliegen bestimmter Unverträglichkeiten oder Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Wirkstoffen sind heute viele Ärzte überfordert und eigentlich auf den Rat eines Pharmazeuten angewiesen. Wenn die Medikamentenverordnung für einen Arzt nicht mehr kostenlos ist, lohnt es sich auch, diesen Rat von einem Berater einzuholen, der nicht nur daran interessiert ist, die Produkte seiner Firma anzupreisen.

¹ Vgl. Häußler, Siegfried, Wirtschaftliche Verordnungs- und Behandlungsweise, in: Häußler, Siegfried, Liebold, Rolf und Helmut Narr, Die kassenärztliche Tätigkeit, Berlin, Heidelberg, New York 1982, 2. Aufl., S. 173.

Zusätzlich zu der Bereitschaft des Arztes, sich auch durch neutrale Stellen intensiver über eine effiziente Medikation informieren zu lassen, bewirkt die Kostenbeteiligung aber auch ein verstärktes Interesse daran, ganz auf eine Verordnung von Arzneimitteln zu verzichten. Dies ist vor allen Dingen in den Fällen möglich, in denen die Arzneimittel als Ersatz für eine gesunde Lebensweise dienen. So könnte ein Arzt z.B. versuchen, Patienten, die ein Schlafmittel wünschen, von der wohltuenden Wirkung natürlicher Mittel wie z.B. eines Abendspazierganges zu überzeugen. Insbesondere eine Einschränkung der oft unkontrolliert vorgenommenen Verordnung von Psychopharmaka wäre in diesem Zusammenhang wünschenswert. Sie setzt allerdings voraus, daß der Arzt bereit ist, Zeit zu investieren und mit dem Patienten ein ausführliches Gespräch zu führen. Geht man davon aus, daß Psychopharmaka ebenso wie die meisten Mittel, die von vielen Patienten lediglich zur Linderung ihrer "Wohlstandsleiden" mißbraucht werden (Appetitzügler, Schlaf-, Beruhigungs- und Abführmittel, Kopfschmerztabletten etc.) häufig über sehr lange Zeit eingenommen werden, so könnte ein solches Gespräch für den Arzt bei einem Pauschalversicherten durchaus auch vom medizinischen Standpunkt aus günstiger sein, als den Patienten mit einem Rezept abzuspeisen. Zusätzlich wäre es denkbar, ähnlich wie in England, eine Aufklärungskampagne durchzuführen, in der die Patienten darüber aufgeklärt werden, daß sie auch dann gut versorgt sind, wenn sie bei einem Arztbesuch einmal kein Rezept erhalten haben.

Ein weiterer Vorteil: Wenn ein Arzt zurückhaltender verordnet und die Verordnung mit dem Patienten bespricht, so kann er auch sicher sein, daß der Patient das Medikament auch tatsächlich einnimmt - eine wichtige Voraussetzung für den wirtschaftlichen Einsatz von Arzneimitteln. Denn nach Berechnungen des nordrhein-westfälischen Sozialministeriums werden gegenwärtig jedes Jahr für mehr als drei Mrd. DM Arzneimittel in den Mülleimer geworfen.¹

Eine Unterversorgung der Pauschalversicherten mit Medikamenten braucht nicht befürchtet zu werden. Der Wettbewerb um Patienten und das Interesse an gesunden Patienten werden dazu führen, daß die Versicherten weiterhin alle wirklich notwendigen Medikamente erhalten - zumal stets die Zahl der Verordnungen in der Einzelleistungsversicherung als Vergleichsmaßstab herangezogen werden kann. Dafür erübrigt sich - zumindest in der Pauschalversicherung - eine Negativliste von Medikamenten, die nicht mehr zu Lasten der Krankenkassen verschrieben werden dürfen.

Eine solche Veränderung der Verordnungsweise der Ärzte dürfte allerdings nicht ohne Reaktionen der Apotheker und der Arzneimittelindustrie bleiben. Insbesondere in den Städten hat die hohe Apothekerdichte bereits heute zu einem starken Wettbewerb unter den Apothekern geführt. Wenn jetzt auch noch

¹Vgl. O.V., Die Krankenkassen könnten mehr als sieben Mark pro Jahr sparen, a.a.O., S. 8

die Zeiten, in denen eine Apotheke von den Verordnungen eines einzigen praktischen Arztes leben konnte, endgültig vorbei sein sollten, wären viele von ihnen in ihrer Existenz bedroht.

Theoretisch ist es möglich, durch eine Erhöhung der Gewinnspannen bzw. eine Minderung des Rabatts, den die Apotheken den gesetzlichen Krankenversicherungen einräumen müssen, diesen Prozeß aufzuhalten. Es müßte dann allerdings eine Grundsatzentscheidung darüber getroffen werden, ob eine hohe Apothekendichte für eine ausreichende Versorgung der Versicherten so wichtig ist, daß sie bereit sind, dafür höhere Beiträge in Kauf zu nehmen.

Denkbar wäre auch eine Ausweitung des Aufgabenbereichs der Apotheker. Einige von ihnen versuchen bereits heute durch Aufnahme von Drogerieartikeln in ihr Sortiment den Umsatz zu beleben. Nun ist es zwar nicht ganz falsch zu erwarten, daß jemand, der sich in einer Apotheke Nasentropfen besorgt, gleichzeitig auch noch eine Packung Papiertaschentücher ersteht. Langfristig dürfte es jedoch den Apotheken schwer fallen, den Drogerien, die bei einer Reihe Warengruppen bereits mit den Lebensmittelsupermärkten in heftiger Konkurrenz stehen, umsatzstarke bzw. gewinnträchtige Marktanteile abzunehmen. Hinzu kommt, daß eine solche Sortimentsausweitung sich nur schwer mit dem gegenwärtigen Selbstverständnis des Apothekers vereinbaren läßt.

Andererseits sind die Apotheker heute für den größten Teil der von ihnen in einer Apotheke verrichteten Tätigkeiten sowieso überqualifiziert. Es liegt daher nahe, ihnen in einem marktwirtschaftlichen System wieder Aufgaben zu geben, in denen sie ihre Qualifikation auch tatsächlich effizient einsetzen können. Die naheliegendste Lösung läge doch einfach

darin, daß die Apotheker den Ärzten bei ihrer Medikation beratend zur Seite stehen. Sie haben ja genau den Überblick und die Kenntnisse die den Ärzten fehlen, und die zu erwerben sie auch stark belasten bzw. von wichtigeren Fortbildungen abhalten würde. Das Hindernis, das dieser Lösung entgegensteht, ist lediglich die Tatsache, daß ja auch die Apotheker ein legitimes Einkommensinteresse haben, das umso besser erfüllt wird, je mehr und je teurer die Ärzte verordnen.

Dieses Dilemma läßt sich beheben, wenn die Ärzte den Wettbewerb unter den Apothekern nutzen: Ein Apotheker, der stets teure Medikamente in hohen Dosierungen anpreist, wird vom Arzt sehr schnell durch einen anderen Ratgeber ersetzt. Sollten sich die Apotheker dennoch solidarisch stets das Teuerste als das Beste anpreisen, so besteht die Möglichkeit, mit den Apothekern statt eines prozentualen Aufschlags auf den Großhandelspreis eine Pauschale pro abgegebene Packung, eventuell nach Größen gestaffelt, auszuhandeln. Ein Teil dieser Pauschale könnte dann für eine "Beratung" gezahlt werden, wenn der Apotheker von einer medikamentösen Behandlung ganz abräät.

Außerdem wäre es durchaus denkbar, daß die Apotheker, denen ja in den Fällen, in denen der Arzt sie um Rat angeht, den Befund kennen - dazu müßten sie allerdings in die Schweigepflicht eingebunden werden - nicht mehr industriell vorgefertigte Produkte empfehlen. Statt dessen können sie direkt auf das spezielle Krankheitsbild zugeschnittene Präparate selbst herstellen. Das bedeutet zwar für den Apotheker mehr Mühe als der Verkauf eines Markenpräparates. Diese Mühe zahlt sich jedoch für ihn auch aus: Für ein speziell angefertigtes Medikament könnte ihm ja - das sollte zwischen Ärzten, Krankenkassen und Apothekern ausge-

handelt werden - auch eine höhere Verdienstspanne eingeräumt werden; eventuell könnte sich der Preis an dem für ein vergleichbares Präparat eines industriellen Herstellers orientieren. Damit wäre auch gleichzeitig einer ineffizienten Ausdehnung der Verordnung speziell angefertigter Medikamente eine marktwirtschaftlich sinnvolle Grenze gesetzt. Für diesen Preis erhält der Patient jetzt allerdings ein Präparat, das wesentlich sinnvoller kombiniert ist als die meisten von der Industrie angebotenen, die ja stets nur auf durchschnittliche Fälle und Dosierungen abgestimmt sind.

Eine Einschränkung der Wahlfreiheit der Patienten bezüglich der Apotheke oder, was wesentlich problematischer wäre, die Gefahr, daß die Apotheker nur noch existieren können, wenn sie mit einigen Ärzten eng zusammenarbeiten, ist nicht zu befürchten. Abgesehen davon, daß die spezielle Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Apothekern sich langfristig auf einen geringen Teil der Fälle beschränken wird, kann der Arzt sich auch jeweils an den Apotheker wenden, den der Patient ihm angibt.

Schwer abzuschätzen ist jedoch, wie die Arzneimittelindustrie reagieren würde. Sie ist bei einer Realisierung der Vorschläge mit drei Problemen konfrontiert: Der mengenmäßige Absatz nimmt ab, der Preiswettbewerb nimmt zu und der Absatz von fertigen Spezialitäten wird teilweise substituiert durch die reinen Wirkstoffe; die gewinnträchtigere Umwandlung des Wirkstoffs zum Arzneimittel für den Patienten verlagert sich dabei auf die Apotheker.

Kurzfristig werden die Arzneimittelfirmen stets versuchen, Umsatzrückgänge durch verstärkte Werbemaßnahmen in Form von Anzeigen, Apothekenwerbung, aber auch durch Werbegeschenke und Besuche von Pharma-

beratern aufzuhalten. Außerdem werden sie wieder einmal damit drohen, kein Geld für die Entwicklung neuer Wirkstoffe mehr ausgeben zu können.

Sollten diese Waffen sich als stumpf erweisen, werden sie versuchen zu rationalisieren. Hier gibt es wahrscheinlich gerade in der Arzneimittelinindustrie ein unvorstellbares Potential, insbesondere im Bereich der Werbung. Aber auch im Bereich der Forschung wird häufig sinnlos Geld ausgegeben, es werden Medikamente entwickelt, die objektiv keiner braucht, sei es, weil die Mitanbieter bereits mehrere vergleichbare Produkte am Markt haben, sei es, weil das Präparat im Prinzip keinen nennenswerten Einfluß auf einen Krankheitsverlauf nehmen kann.

Durch diese Einsparungen gehen zwar unter Umständen Arbeitsplätze verloren. Jedoch muß auch gesehen werden, daß die Beitragszahler entweder entlastet werden, ihr Geld also anderweitig "arbeitsplatzschaffend" ausgeben. Oder aber es kann im Gesundheitswesen für Maßnahmen ausgegeben werden, die wesentlich mehr zur Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit beitragen können.

Im Bereich der Heil- und Hilfsmittel besteht, ähnlich wie bei den Arzneimitteln, eine Überversorgung, die häufig auf überzogene Patientenwünsche zurückgeht. Dies gilt insbesondere für Bäder und Massagen¹, die von dem Patienten zwar als sehr angenehm empfunden werden, häufig aber lediglich Symptome behandeln, ohne daß die eigentlichen Ursachen (Haltungsfehler, Bewegungsmangel) beseitigt werden. Auch hier wird

¹Vgl. Mössinger, Paul, a.a.O., S. 71 f.

der Arzt, zumindest bei den Pauschalversicherten, langfristig aber konsequenterweise auch bei den Einzelleistungsversicherten, in Zukunft das Kosten-Nutzen-Verhältnis wesentlich stärker beachten.

Das Problem eines jeden Modells zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen liegt darin, daß man nicht gleichzeitig Einsparungen vornehmen und trotzdem allen Anbietern genausoviel geben kann wie vorher. Der Vorteil dieses Modells liegt jedoch darin, daß die Einsparungen größtenteils so vorgenommen werden, daß die Effizienz gesteigert wird; die Kostendämpfung geht also nicht zu Lasten des Versorgungsniveaus der Versicherten. Letztlich hängt jedoch das Gelingen dieser Intention nicht nur von den Anbietern, sondern auch weitgehend vom Verhalten der Versicherten selbst, also von den Nachfragern ab.

2. Bei den Nachfragern

Die Nachfrager im Gesundheitswesen sind die Versicherten; einen Teil ihrer Funktion haben sie jedoch an die Krankenkassen abgetreten.

Die Besonderheit der Nachfrage im Gesundheitswesen liegt darin begründet, daß der Eintritt des Ereignisses Krankheit sowie die Höhe der Kosten für die erforderlichen Leistungen mit Ungewissheit verbunden sind. Dieses Risiko wird von nahezu allen Bundesbürgern als so groß angesehen, daß sie sich durch eine Krankenversicherung gegen die Krankheitskosten abgesichert haben; ein großer Teil der Bevölkerung ist sogar durch Pflichtversicherung zu einer solchen Vorsorgemaßnahme gezwungen.

Die Kosten der Nachfrage werden folglich zum großen Teil nicht mehr direkt von den Verbrauchern, sondern von ihren Krankenkassen bzw. -versicherungen getragen. Deshalb erfolgt die Nachfrage im Gesundheitswesen weitgehend unabhängig von den Preisen. Damit fehlt im Gesundheitswesen eines der wichtigsten marktwirtschaftlichen Steuerungselemente. Damit wird zwar dem Ziel Versorgungsgerechtigkeit hohe Bedeutung eingeräumt; das Kostenbewußtsein ist jedoch gering, die Gefahr einer unwirtschaftlichen Verwendung der Güter hoch.¹ Als weitere Besonderheit des Gesundheitssektors kommt hinzu, daß die Nachfrage nicht nach bestimmten Gütern, sondern lediglich nach spezifischen Charakteristika wie Wohlbefinden, Schmerzlosigkeit, Schlaf etc. erfolgt.² Über den eigentlichen Gütereinsatz kann der Verbraucher in der Regel nicht selber entscheiden, weil ihm nicht nur der Überblick über die verfügbaren Güter fehlt, er kennt auch die "Umsetzungsfunktion" Güter-Gesundheit nicht.³ Für beides ist er auf den Arzt angewiesen. Dieser kann allerdings die einzelnen Güter und Leistungen nicht nach eigenem Gutdünken einsetzen und abrechnen, sondern ist an die entsprechenden Richtlinien bzw. Gebührenordnungen gebunden, die seine Standesorganisationen mit den Krankenkassen ausgehandelt haben.

Bei Einführung eines Nebeneinanders von Einzelleistungs- und Pauschalversicherung werden die bisher in diese relativ passive Rolle gedrängten Versicherten durch die Notwendigkeit für jeden einzelnen Ver-

¹Vgl. Metze, Ingolf, Ist Gesundheit ein öffentliches Gut? a.a.O., S. 185

²Vgl. Liefmann-Keil, Elisabeth, Der Arzneimittelmarkt im Rahmen der Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Friedberg/H. 1973, S. 14.

³ebenda.

sicherten, die für ihn optimale Versicherungsform selbst herauszufinden, wieder stärker aktiviert.

Dies sollte durch eine Stärkung der Selbstverwaltung unterstützt werden.¹ Diese Reaktivierung sollte in zwei Formen erfolgen: Die Selbstverwaltung sollte wieder mehr Aufgaben erhalten und der einzelne Versicherte mehr Einfluß auf die Selbstverwaltung nehmen können. Dazu wäre nicht nur eine Lockerung der gesetzlichen Vorschriften über den Leistungskatalog der Krankenkassen notwendig, es müßte auch wieder eine stärkere Dezentralisierung der Selbstverwaltung erfolgen. In vielen Krankenkassen haben zudem seit langem keine echten Wahlen mehr stattgefunden; die Gewerkschaften scheinen insbesondere in den Ortskrankenkassen eher lähmend zu wirken und mehr Funktionärs- als Versicherteninteressen zu vertreten.² Erhält die Selbstverwaltung wieder mehr Aufgaben, so wird auch damit die Bedeutung der Wahlen bzw. der gewählten Vertreter steigen. Das starre, verkrustete System würde aufgebrochen. Damit wird auch das Interesse vieler Versicherten an den Belangen und Aktivitäten "ihrer Kasse" gesteigert; die Bereitschaft, sich auch über andere Kassen und Versicherungsformen zu informieren wird ebenfalls wachsen.

Eine für den Wettbewerb der Systeme besonders wichtige Konsequenz dieser Stärkung der Selbstverwaltung wird in jedem Falle darin bestehen, daß die Versicherten sich jetzt bewußter für eine bestimmte Krankenkasse entscheiden.

¹Für die notwendige Reform der Selbstverwaltung sind eine ganze Reihe Konzeptionen entwickelt worden, auf die hier jedoch nicht ausführlicher eingegangen werden soll. Einen guten Überblick gibt der Aufsatz von Nowak, Meinolf und Klaus Schaper, Reform der Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, WSI-Mitteilungen 5/1981, S. 307 - 316.

²Vgl. Prätorius, Rainer, a.a.O., S. 256.

Vordergründig geht es zunächst einmal um eine Entscheidung darüber, welchen Preis der Versicherte für die Absicherung seiner gesundheitlichen Versorgung zu zahlen bereit ist. Dabei ist der Preis in diesem Fall nicht der absolute Betrag, sondern der Beitragsatz, der ja nach wie vor auf das Bruttoeinkommen des Versicherten bezogen werden soll.

Das gegenwärtige System, nach dem die Arbeitnehmer ihre Beiträge entrichten, ist jedoch wenig geeignet, das Preisbewußtsein des Versicherten zu fördern. Die Krankenversicherungsbeiträge werden nämlich in den meisten Fällen zusammen mit den Beiträgen zur Renten- und Arbeitslosenversicherung sowie der Lohnsteuer vom Arbeitgeber einbehalten und direkt an die zuständigen Stellen überwiesen. Die Höhe der Abzüge wird zwar in der jeweiligen Lohn- bzw. Gehaltsabrechnung ausgewiesen, meistens werden dabei jedoch die verschiedenen Sozialversicherungsbeiträge nicht einzeln aufgeführt. Deshalb wären wahrscheinlich die wenigsten Arbeitnehmer in der Lage, die Frage nach der genauen Höhe ihres Krankenversicherungsbeitrages aus dem Stegreif exakt zu beantworten; wahrscheinlich sind sie noch nicht einmal über die Höhe des Beitragssatzes informiert - und nicht nur deshalb, weil sich dieser Wert in den letzten Jahren fast jährlich geändert hat. Hinzu kommt, daß der Krankenversicherungsbeitrag für viele Versicherte den Charakter einer Zwangsabgabe hat, die sich nicht umgehen läßt; die Höhe von unvermeidbaren Kosten aber ist für den Verbraucher relativ uninteressant. Gleichzeitig geht damit für den Versicherten auch das Gefühl verloren, einen Preis zu zahlen, für den er eine bestimmte Gegenleistung erhält.

Die einfachste und wirkungsvollste Lösung des Problems bestände nun darin, daß die Arbeitgeber den vollen Krankenversicherungsbeitrag mit dem Arbeitsentgelt auf das Konto des Arbeitnehmers überweisen, wo er dann durch die Krankenkassen wieder abgebucht werden kann, sobald diese die genaue Abrechnung des Arbeitgebers erhalten haben.¹ Diese Regelung ist zwar ohne großen bürokratischen Mehraufwand durchführbar. Die Krankenkassen werden sich jedoch wahrscheinlich gegen diese Art der Beitragsabrechnung und -bezahlung sträuben. Dabei wird vordergründig auf die Probleme mit säumigen Beitragszahlern verwiesen werden, die jedoch durch Einzugsermächtigungen weitgehend ausgeschaltet werden können. Tatsächlich besteht aber Grund zu der Annahme, daß die Krankenkassen gar kein Interesse daran haben, ihren Versicherten die tatsächliche Höhe der Beiträge vor Augen zu führen.

Ein weitergehender Schritt zur Erhöhung des Preisbewußtseins könnte darin bestehen, daß der Arbeitgeberanteil zur Krankenversicherung auch de jure zu dem gemacht wird, was er de facto schon lange ist: ein Bestandteil des Arbeitsentgeltes.² Da eine solche Regelung allein für den Krankenkassenbeitrag wenig sinnvoll ist, sondern konsequenterweise auch auf die Renten- und Arbeitslosenversicherung ausgedehnt werden müßte, wäre eine solche Regelung jedoch nicht leicht durchsetzbar.

¹ Das ist deshalb notwendig, weil die Höhe der Bruttolöhne und -gehälter aufgrund von Überstundenvergütungen, Gratifikationen sowie tariflichen oder außertariflichen Erhöhungen oft schwankt.

² Ein vergleichbarer Weg wird ja auch in der Krankenversicherung der Rentner gegangen, wobei man sich allerdings darüber streiten kann, ob die Einführung eines echten Krankenversicherungsbeitrags hier nicht auch fiskalische Gründe hat.

Eine weitere Erhöhung des Preisbewußtseins ergibt sich quasi automatisch dadurch, daß der Versicherte jetzt eine Wahlmöglichkeit erhält. Er kann sich entweder für die Pauschalversicherung entscheiden, in der er eine ausreichende Versorgung erhält, oder er kann die Einzelleistungsversicherung wählen, in der er eventuell besser versorgt wird - dafür muß er aber auch einen höheren Beitrag bezahlen, wobei die Differenz nicht zur Hälfte vom Arbeitgeber getragen werden sollte (Vgl. S.136). Wenn er diesen Beitrag jetzt zusätzlich direkt an die Krankenversicherung zahlt, wird der Zusammenhang zwischen Preis und Leistung wieder deutlicher hergestellt. Unter Umständen wird damit bereits auch wieder das Bewußtsein geweckt, daß zwischen der eigenen Leistungsanspruchnahme und der Höhe des Beitrages ein Zusammenhang besteht. Bei vielen Versicherten wird vielleicht schon dadurch, daß sie "ihr" System auswählen können, das Solidarbewußtsein wieder gestärkt.

Es ist jedoch wichtig, daß die Versicherten nicht nur den Preis wieder bewußt sehen, sie müssen ihn auch zu der Leistung in Beziehung setzen. Denn die beiden systemimmanenten Tendenzen können nur dann ausgeglichen werden, wenn die Mitglieder der Pauschalversicherung bei Unterschreiten eines bestimmten Versorgungsniveaus abwägen, ob es sich für sie nicht doch lohnt, den höheren Beitrag in der Einzelleistungsversicherung zu bezahlen, und die Einzelleistungsversicherten bei Überschreiten eines bestimmten Beitragssatzes beginnen, darüber nachzudenken, ob die zusätzlichen Leistungen wirklich die Beitragsdifferenz zwischen Pauschal- und Einzelleistungsversicherung wert sind.

Damit die Versicherten gezwungen sind, das Kosten-Leistungs-Verhältnis regelmäßig zu bewerten, erscheint es angebracht, einmal jährlich, eventuell jeweils zum Ende des Kalenderjahres oder einfach immer dann, wenn das Krankenscheinscheckheft mit den jetzt quartalsgebundenen Scheinen aufgebraucht ist, die Versicherten aufzufordern, sich neu für eines der beiden Systeme zu entscheiden. Diese Aufforderung müßte mit einer ausführlichen Information über die Unterschiede in den Beitragssätzen und Leistungen verbunden sein. Durch diese regelmäßige Anfrage würde gleichzeitig erreicht, daß der Wechsel zwischen den Systemen sich den Versicherten als etwas Selbstverständliches darstellt, die Hemmschwellen also niedrig gehalten werden.

Werden diese "Wanderungsbewegungen" aufmerksam verfolgt, so erhält man quasi ein Frühwarnsystem, das den Krankenkassen sehr schnell Aufschluß darüber gibt, ob die Versicherten eines Systems unzufrieden sind. Entsprechend schnell können sie reagieren und dafür sorgen, daß die Ursachen beseitigt werden.

In der Diskussion um eine marktwirtschaftliche Reform des Gesundheitswesens taucht immer wieder die Forderung auf, den Leistungskatalog der Krankenkassen, der in den letzten Jahrzehnten stark ausgedehnt worden ist, wieder auf eine Grundabsicherung zurückzuschrauben; insbesondere Leistungen, die nicht in direktem Zusammenhang mit einer Krankheit stehen oder in den Bereich "private Wünsche" einzuordnen sind, sollten nicht von einer nach dem Solidaritätsprinzip gebildeten Versichertengemeinschaft getragen werden.¹ Es böte sich deshalb an, die Pauschalver-

¹Vgl. z.B. Arbeitsgemeinschaft Selbständiger Unternehmer e.V. ASU (Hrsg.), Mehr Marktwirtschaft im Gesundheitswesen! Ein Reformkonzept, Bonn 1983, S. 19.

sicherung auf eine Absicherung der Grundversorgung zu beschränken. Eine solche Entscheidung sollte jedoch stets durch die Selbstverwaltung bzw. durch Abstimmung unter den Versicherten, möglichst auf Bezirksebene¹, getroffen werden (vgl. auch S. 35). Die Festlegung eines Regelleistungskatalogs durch den Gesetzgeber würde damit weitgehend überflüssig. Zwar hat der Staat ein legitimes Interesse daran, daß die Versicherten nicht aufgrund von Krankheitskosten, die nicht durch ihre Krankenkasse abgedeckt sind, zu Sozialhilfefällen werden. Doch ist die Gefahr, daß wichtige Leistungen aus dem Leistungskatalog ausgeschlossen werden, relativ gering, weil ja jeder Versicherte quasi unter Unsicherheit entscheidet: er kann ja nicht wissen, ob er selbst oder ein Familienangehöriger die Leistung vielleicht auch einmal dringend benötigt.

Generell ist der Ausschluß bestimmter Leistungen jedoch stets ein zweischneidiges Schwert. Wenn z.B. Bagatellerkrankungen nicht auf Kosten der Kasse behandelt werden sollen: welcher Arzt ist bereit, in jedem Einzelfall die Entscheidung treffen zu müssen, ob er den Patienten auf Kosten der Kasse oder auf Rechnung behandeln soll. Ähnliches gilt, wenn man die Behandlung von Erkrankungen, die der Patient durch falsche Lebensführung (Alkohol-, Tabakmißbrauch, Übergewicht etc.) selbst verschuldet hat, ganz oder teilweise aus dem Leistungskatalog herausnimmt. Die mit dieser Forderung oft verbundene Hoffnung auf einen erzieherischen Effekt ist ebenfalls trügerisch; wenn sich ein Patient durch die mit einer Krankheit verbundenen Leiden nicht abschrecken läßt, wird auch die Drohung, die Behandlungskosten selber tragen zu

¹ Dadurch würde allerdings der einheitliche Beitragssatz überregionaler Kassen, also insbesondere der Ersatzkassen, beseitigt.

müssen, ohne Einfluß bleiben. Grundsätzlich erscheint es jedoch für beide Versicherungssysteme erwägenswert, ob nicht zumindest in den Fällen, in denen die Arbeitgeber nicht zur Lohnfortzahlung verpflichtet sind, die Krankenkassen ebenfalls die Krankengeldzahlungen und Sachleistungen einschränken sollten. Die Rechtsprechung sieht eine solche Einschränkung der Lohnfortzahlung bei selbstverschuldeter Arbeitsunfähigkeit vor, z.B. bei Unfällen in gefährlichen Sportarten, bei Verletzungen im Straßenverkehr, die bei Beachtung der Gurtanlegepflicht vermieden worden wären, bei Alkoholisismus etc. Eine solche Leistungseinschränkung läßt sich durchaus mit dem Versicherungsprinzip vereinbaren - in anderen Versicherungsbereichen ist es sogar üblich, die Kosten eines Schadens nur dann zu übernehmen, wenn Maßnahmen getroffen worden sind, den Schaden zu verhindern oder möglichst gering zu halten.¹ Der Versicherte sollte sich hier lieber zusätzlich privat absichern. Bei Krankheitskosten, die durch Tabak- oder Alkoholmißbrauch entstanden sind, sollte der Staat mit Mitteln aus den entsprechenden Steuereinnahmen einspringen.²

Gerade das Solidaritätsprinzip sollte jedoch im Wettbewerb der Systeme wieder gestärkt werden. Das Solidaritätsprinzip kann jedoch auf Dauer nur funktionieren, wenn es mit dem Subsidiaritätsprinzip verknüpft ist;³ der einzelne kann nur dann die Hilfe der Gemeinschaft erwarten, wenn er bereit ist, in zumutbaren Umfang Verantwortung selbst zu übernehmen.

¹Vgl. Metze, Ingolf, Ist Gesundheit ein öffentliches Gut? a.a.O., S. 185.

²Vgl. ebenda, S. 187.

³Vgl. Häussler, Siegfried, 1981: kein Jubeljahr für die Krankenversicherung, in: Ärztliche Praxis, Heft 1/1982, S. 11.

3. Im Verhältnis zwischen Anbietern und Nachfragern

Das Verhältnis zwischen Anbietern und Nachfragern vollzieht sich im Gesundheitswesen auf zwei Ebenen: zwischen den Ärzten und ihren Patienten sowie zwischen den Krankenkassen und ihren Verbänden und den kassenärztlichen Vereinigungen.

Das Verhältnis zwischen Ärzten und Patienten zeichnet sich im Gegensatz zu anderen "Geschäftsbeziehungen" dadurch aus, daß Geld "keine Rolle spielt": aufgrund des Sachleistungsprinzips erhält der Patient die Leistungen gegen Abgabe des Krankenscheines scheinbar kostenlos. Diese Besonderheit wird gerne als eine Voraussetzung für das zweifelsfrei für den Heilerfolg unentbehrliche Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient gesehen. Andererseits liegt darin auch eine Ursache dafür, daß die Patienten überzogene Ansprüche an den Arzt stellen und umgekehrt der Arzt für den Patienten Leistungen erbringt, die bei wirtschaftlicher Behandlungsweise überflüssig wären.

Diese Situation ändert sich im marktwirtschaftlichen System. Insbesondere bei den pauschalversicherten Patienten wird das Interesse der Ärzte an einer wirtschaftlichen Behandlungsweise gestärkt. Um jedoch den Patienten die Sorge davor, unzureichend versorgt zu werden, zu nehmen, ist es jetzt in verstärktem Maße erforderlich, daß der Arzt die Patienten ausführlich über Ursachen und Auswirkungen ihrer Erkrankung aufklärt. Denn zum einen wird ein informierter Patient wesentlich bereitwilliger aktiv an der Heilung seiner Krankheit mitarbeiten - ein für die Effizienz der Behandlung nicht unwesentlicher Faktor. Zum anderen wird ein Patient, der von seinem Arzt stets offen informiert

wird, sich nicht benachteiligt fühlen, wenn der Arzt ihm auch einmal einen Wunsch abschlägt oder ihm statt teurer Medikamente ein preiswerteres "Hausmittelchen" verordnet.

Gleichzeitig wird sich im Idealfall das Interesse des Arztes an gesunden Patienten derart auswirken, daß er sich auch für dessen Lebensgewohnheiten interessiert. Prävention wird nicht mehr auf standardisierte Früherkennungsuntersuchungen beschränkt, sondern zu echter Vorsorge. Dies erscheint auch gesundheitspolitisch sinnvoll. Ein immer größerer Anteil der Krankheiten ist heute mit Maßnahmen der herkömmlichen kurativen Medizin nicht mehr effizient zu bekämpfen, weil sie z.T. auf die ungesunde Lebensweise der Patienten zurückzuführen sind (z.B. Fehlernährung, Bewegungsmangel). Ihnen ist nur beizukommen, wenn der Patient sein Verhalten ändert - das erfordert aber eine wesentlich engere Kooperation zwischen Arzt und Patient sowohl im Bereich der Prävention als auch der Rehabilitation.¹

Die Ärzte werden sich jetzt verstärkt bemühen, ihre Patienten nicht mehr nur zu versorgen, sondern zu aktivieren, die Ursachen ihrer Erkrankungen anzugehen. Dies ist insbesondere deshalb interessant, weil ein gezielter Appell des behandelnden Arztes wahrscheinlich ungleich wirksamer ist als jede allgemeine Kampagne,² von der sich meistens gerade die Zielgruppe doch nicht angesprochen fühlt.

¹Vgl. Prätorius, Rainer, a.a.O., S. 257.

²Z.B. gegen das Rauchen und den Alkoholmißbrauch bzw. für mehr Sport (Trimm-Dich).

Ein enges Vertrauensverhältnis dürfte auch die Behandlung psychosomatischer Erkrankungen wesentlich erleichtern. Aufgrund des wachsenden Umwelt- und Gesundheitsbewußtseins und einer zunehmenden Skepsis der Bevölkerung gegenüber der heute vielfach angeprangerten "Pillen- und Apparatemedizin" ist der Zeitpunkt für ein solches Umdenken nicht ungünstig. Die Reaktivierung des Hausarztprinzips (vgl. S. 86 f) dürfte hier ebenfalls positiv wirken.

Das rechtliche Verhältnis zwischen Arzt und Patient wird zum einen durch die Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB), zum anderen durch die Reichsversicherungsordnung (RVO) bestimmt. Der einzelne Arzt und der einzelne Patient werden jedoch durch die Beziehungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen weitgehend von diesen Problemen entlastet.

Die Beziehungen zwischen den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen sind in den §§ 368, 369, 405a und 525c RVO gesetzlich geregelt. Dabei wurden jedoch im Prinzip nur grundsätzliche Probleme geklärt: die detaillierte Ausgestaltung der eigentlichen kassenärztlichen Versorgung ist "im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften... durch schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, daß eine gleichmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden".¹

¹§ 368 g Abs. 1 RVO.

Diesem Auftrag wird einmal dadurch entsprochen, daß die Bundesverbände der RVO-Kassen, also der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen und die Landwirtschaftlichen Krankenkassen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einen einheitlichen Bundesmantelvertrag Ärzte abgeschlossen haben. Analog dazu gelten für jene Kassen, die nur teilweise in das Kassenarztrecht einbezogen sind, der Arzt/Ersatzkassen-Vertrag bzw. der Bundesknappschaftsvertrag.¹

In Ergänzung zum Bundesmantelvertrag handeln die Landesverbände der RVO-Kassen nach Maßgabe des § 368 f Abs. 1-5 RVO mit den Kassenärztlichen Vereinigungen in den sogenannten Gesamtverträgen die Details der Abrechnung der kassenärztlichen Leistungen und die Höhe der Gesamtvergütung aus.

Grundsätzlich kann dieses in vielen Jahren gewachsene Verhandlungs- und Vertragssystem auch bei Einführung des Nebeneinanders von Einzelleistungs- und Pauschalversicherung so bestehen bleiben.

Dies gilt insbesondere für das Prinzip, daß die grundlegenden Richtlinien für die kassenärztliche Behandlung auf Bundesebene getroffen werden. Hier könnte man theoretisch sogar soweit gehen, mit den KVen bei Einführung der Pauschalversicherung einheitliche Grundlagen für die RVO- und die Ersatzkassen auszuhandeln. Die einzelnen Ersatzkassen könnten dann, ebenso wie die RVO-Kassen, mit den Ärzten zusätzlich zu diesen Richtlinien analog zu den Gesamtverträgen detaillierte Vereinbarungen über das Niveau der Versorgung der Versicherten und die Abrechnung mit den Ärzten treffen.

¹ Vgl. Liebold, Rolf, Relgende Normen der kassenärztlichen Versorgung, in: Häußler, Siegfried, Liebold, Rolf und Helmut Narr, a.a.O., S. 116.

Es wäre sinnvoll, auch bei den RVO-Kassen die Vereinbarungen für jede einzelne Kasse speziell festzulegen. Dadurch wäre nicht nur ein besseres Funktionieren des sozialen Ausgleichs gewährleistet (vgl. S. 38 ff.), weil die Höhe des Pauschalbetrages für jede Krankenkasse in der Höhe festgesetzt werden könnte, die ihrer Mitgliederstruktur entspricht. Auch die verstärkte Orientierung des Leistungskataloges an den Vorstellungen der jeweiligen Kassenmitglieder läßt sich nur so durchführen.

Der Nachteil dieser Dezentralisierung der Verhandlungskompetenz und gleichzeitig der Grund dafür, daß die Verhandlungen über die Gesamtverträge 1977 per Gesetz auf die Landesverbände übertragen worden ist, besteht darin, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen jetzt die Möglichkeit haben, die einzelnen Krankenkassen gegeneinander auszuspielen, um so ein für sie günstigeres Verhandlungsergebnis zu erzielen. Dies ist jedoch bei einem Wettbewerb der Systeme nicht mehr problematisch, weil die Kassen jetzt in stärkerem Wettbewerb untereinander stehen und deshalb selbst ein Interesse an niedrigen Pauschalbeträgen haben. Hinzu kommt, daß die Höhe der Arzthonorare jetzt nicht mehr lediglich von den mit den Krankenkassen ausgehandelten Beträgen, sondern auch vom Verhalten der Ärzte selbst abhängt. Die Krankenkassen können jetzt also die Forderung der Ärzte nach höheren Honoraren mit dem Hinweis auf die Höhe der von den Ärzten verursachten Behandlungskosten wirksam parieren; umgekehrt können sie bei einem zu niedrigen Versorgungsniveau eine umfassendere Behandlung ihrer Patienten zur Bedingung für eine höhere Pauschale machen.

Damit ist auch eine Änderung angesprochen, die sich bei Einführung der Pauschalversicherung in das gegenwärtige System zwangsläufig ergibt: In den Gesamtverträgen wird jetzt nicht mehr die Höhe der Gesamtvergütung für die kassenärztliche Behandlung festgelegt, sondern der Pauschalbetrag, für den jeweils die gesamte medizinische Versorgung eines Versicherten bzw. aller in dieser Krankenkasse Versicherten für die jeweilige Abrechnungsperiode (in der Regel also ein Quartal) sichergestellt werden soll.

Praktisch soll allerdings nicht so verfahren werden, daß dieser Betrag tatsächlich auch in voller Höhe an die Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. deren Abrechnungsstellen überwiesen wird (vgl. S. 80), da es organisatorisch viel günstiger ist, wenn die Abrechnung mit den Krankenhäusern, Apothekern etc. weiterhin durch die Krankenkassen vorgenommen wird. Die KVen erhalten zunächst lediglich Abschlagszahlungen, die sie dazu verwenden, die den Ärzten für jeden eingeschriebenen Patienten zustehende Pauschale zu finanzieren. Da der Maßstab für die Verteilung der Gesamtvergütung ebenfalls "im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen"¹ festgesetzt werden soll, wäre auch die Höhe dieser Pauschale im Gesamtvertrag festzulegen. Sobald feststeht, wie hoch die tatsächlich zur Verfügung stehende Gesamtvergütung ist - wenn also alle im Quartal angefallenen Kosten für nicht-kassenärztliche medizinische Behandlung beglichen sind - wird der noch zur Verfügung stehende Betrag als Abschlußzahlung an die KVen überwiesen. Er wird dann zusammen

¹ § 368 f Abs. 1 RVO.

mit den von den Ärzten einbehaltenen Kostenbeteiligungen dazu verwendet, die von den Ärzten erbrachten Einzelleistungen zu honorieren. Damit wird gleichzeitig auch dem Gebot, bei der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der kassenärztlichen Leistungen zugrunde zu legen (§ 368 Abs. 1 RVO), Rechnung getragen. Der dabei angewandte Verteilungsmaßstab müßte ebenfalls im Gesamtvertrag ausgehandelt werden (§ 368 f Abs. 1 RVO); es spricht jedoch nichts dagegen, hier die auch in der Einzelleistungsversicherung zugrundegelegte Gebührenordnung zu verwenden - der Punktwert müßte allerdings in den Verhandlungen noch offen gelassen werden. Es ist jedoch durchaus möglich, auf dem Umweg über eine vertragliche Regelung der Höhe der Kostenbeteiligung der Ärzte eine bestimmte Mindesthöhe für den Punktwert zu sichern.

Ob dieses Vorgehen - Vereinbarung eines Festbetrages für die gesamte medizinische Versorgung, einer Pauschale für jeden potentiellen Patienten für die niedergelassenen Ärzte und eines variablen, *ex post* als Residualgröße ermittelten Punktwertes für die Einzelleistungsvergütung - sich in dieser Form mit § 368 f RVO vereinbaren läßt, ist zweifelhaft. Die Berechnung der Gesamtvergütung nach einer Kopfpauschale wird zwar ausdrücklich zugelassen,¹ doch ist zu bedenken, daß darunter lediglich eine Form der Pauschalierung des ärztlichen Honorars verstanden wurde. Die Möglichkeit einer Pauschalversicherung in der hier dargestellten Form dürfte bei Abfassung des Gesetzestextes noch nicht mit berücksichtigt worden sein. Es wäre deshalb ratsam, für den Fall, daß die Kassenärzte und die Krankenkassen Verhandlungen über die Einführung einer solchen Versicherungsform aufnehmen wollen, den entsprechenden gesetzlichen Rahmen neu zu schaffen. Dabei ist es grund-

¹ § 368 f Abs. 2 RVO.

sätzlich notwendig, daß den Verhandlungspartnern ein relativ großer Verhandlungsspielraum eingeräumt wird, damit die natürliche Flexibilität des Systems nicht behindert wird.

Anstelle einer weiteren Einengung der in den letzten Jahren ohnehin immer stärker reglementierten kassenärztlichen Versorgung sollte dabei das Ziel verfolgt werden, Vorschriften abzubauen und Kompetenzen an die Selbstverwaltungsorgane zurückzugeben. Der Wettbewerb der Systeme sollte nicht auf der Basis einer Fülle gesetzlicher Vorschriften, sondern lediglich durch eine Rahmengesetzgebung eingeführt werden.

Die Durchsetzung der notwendigen Gesetzesänderungen dürfte nicht problematisch sein: Unter der Voraussetzung, daß der politische Wille zur Einführung des hier vorgestellten marktwirtschaftlichen Systems besteht, kann auch über die notwendigen gesetzlichen Regelungen ein tragfähiger Konsens herbeigeführt werden. Umgekehrt wäre aber wahrscheinlich jeder Versuch, durch entsprechende gesetzliche Regelungen die Einführung des Systems zu erzwingen a priori zum Scheitern verurteilt.

V. Ansätze zu einer Realisierung des marktwirtschaftlichen Systems

Auch wenn auf den vorhergehenden Seiten versucht wurde, möglichst alle Aspekte einer praktischen Realisierung des marktwirtschaftlichen Systems zu beleuchten - der endgültige Beweis dafür, daß das System funktionsfähig ist, als auch zu den gewünschten Ergebnissen führt, kann nur in einer praktischen Bewährungsprobe erbracht werden. Deshalb wird in der Bundesrepublik niemand bereit und in der Lage sein, die vorliegenden Vorschläge von heute auf morgen in der GKV durchzusetzen.

Aber auch eine schrittweise Einführung des Systems ist schwierig, da man, salopp gesagt, schlecht "ein bißchen pauschalversichert" sein kann; hier gibt es im Prinzip nur ein "ganz - oder gar nicht".

Dennoch sollen im folgenden drei Möglichkeiten vorgestellt werden, wie der Wettbewerb der Systeme durch die Einführung quasi auf Teilmärkten des Gesundheitswesens getestet werden kann, ohne daß dabei Sonderbedingungen geschaffen werden, die eine Verallgemeinerung der Ergebnisse nicht mehr zulassen.

1. Möglichkeiten innerhalb der GKV

a. Bei der zahnärztlichen Versorgung

Bisher sind die Effizienzprobleme bei der Versorgung der Versicherten mit zahnärztlichen Leistungen weitgehend aus der Betrachtung ausgeklammert worden. Der Grund dafür lag in der besonderen Stellung dieser Leistungskategorie innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung.

Während Krankenhauspflege, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Lohnfortzahlung bzw. Krankengeld und nicht zuletzt die ambulanten Leistungen des Arztes selbst vom niedergelassenen Arzt verordnet bzw. veranlaßt werden und damit auch von ihm gesteuert werden können, gibt es zum System der zahnärztlichen Behandlung keine direkte Verbindung; dieser Bereich läuft autonom neben der "humanmedizinischen" Behandlung her. Der Versicherte erhält für die zahnärztliche Behandlung einen speziellen Krankenschein auf dem der Zahnarzt seine Leistungen nach einer speziellen Gebührenordnung für Zahnärzte abrechnet. Zwar kann der Zahnarzt bei entsprechender zahnmedizinisch begründeter Notwendigkeit unabhängig vom Hausarzt Arzneimittel, Arbeitsunfähigkeit und Krankenhauspflege verordnen; diese Leistungen haben jedoch eine relativ geringe Bedeutung.

Wesentlich umfangreicher sowohl in bezug auf die Höhe der Kosten als auch auf die Zahl der Fälle sind die Leistungen für Zahnersatz, die die Zahnärzte in enger Zusammenarbeit mit den Zahntechnikern erbringen - von Zahnkronen und Brücken, also feststehendem Zahnersatz bis zu den herausnehmbaren "Dritten Zähnen", der vollständigen Zahnprothese. Dabei wird gegenwärtig das Honorar für die Leistungen des Zahnarztes von den Krankenkassen voll getragen, die Leistungen des Zahntechnikers werden in der Regel zu 60% erstattet. Durch diese Selbstbeteiligung von etwa 20% der Gesamtkosten wurde versucht, die Kostenflut, die der Einbeziehung des Zahnersatzes in die kassenzahnärztliche Versorgung aufgrund des Urteils des Bundessozialgerichts vom 24.1.1974 folgte, einzudämmen.

Die Ursachen für die unkontrollierte Kostenentwicklung liegen auch in diesem Bereich im wesentlichen im Fehlen von Steuerungsmechanismen begründet: Der Zahnarzt hat

die Möglichkeit, die Nachfrage nach seinen Leistungen weitgehend selbst zu bestimmen, wobei der Ermessensspielraum womöglich noch größer ist als bei der humanmedizinischen Versorgung. Nachträgliche Wirtschaftlichkeitsprüfungen sind - gerade bei Zahnersatz - sehr schwierig. Und den Versicherten ist gerade hier, wo es nicht nur um die Gesundheit, sondern häufig gleichzeitig auch noch um die Schönheit geht, verständlicherweise "das Beste gerade gut genug". Andererseits ist gerade im zahnmedizinischen Bereich der Nutzen der Prophylaxe bzw. regelmäßiger Untersuchungen und rechtzeitiger Behandlung besonders groß. Gegenwärtig haben sich jedoch Krankenkassen und Zahnärzte über Organisation und Finanzierung eines umfassenden zahnmedizinischen Vorsorgeprogramms noch nicht einigen können.

Aus alledem ergibt sich für die probeweise Einführung des Wettbewerbs der Systeme im Bereich der zahnärztlichen Versorgung folgende Ausgangslage: Aufgrund internationaler Vergleiche¹ - so problematisch diese auch immer sein mögen - läßt sich im Bereich der zahnärztlichen Versorgung ein relativ großes Einsparungspotential vermuten. Die Einsparungsmöglichkeiten, die sich sowohl durch Vorsorgemaßnahmen als auch durch die Substitution verschiedener Leistungen realisieren lassen, unterliegen fast alle dem direkten Einfluß des behandelnden Arztes, da Verordnungen und Überweisungen nur sehr selten vorgenommen werden.

Über den bisherigen Rahmen hinausgehende Vereinbarungen müßten die Krankenkassen bei Einführung einer Pauschalversicherung für die zahnärztliche Versorgung

¹Vgl. Hoffmann, Wolfgang, Zahlen für die Zähne. In den Nachbarländern arbeiten die Zahnärzte billiger, in: Die Zeit, Nr. 41 v. 8. Oktober 1982, S. 31.

lediglich mit den Zahnärzten bzw. den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) und den Zahntechnikern bzw. ihren Innungen treffen - wobei letztere durch die Kostenverantwortung tragenden Zahnärzte mitgestaltet werden sollten. Die abrechnungstechnischen Probleme sind wesentlich weniger umfangreich als bei der medizinischen Versorgung, wo die Zahl der Anbieter von Kassenleistungen wesentlich größer ist. Daraus resultiert wiederum eine höhere Transparenz der Leistungsstruktur, die den Vergleich zwischen dem Leistungsniveau in der Einzelleistungs- und in der Pauschalversicherung wesentlich erleichtert.

Damit sind die praktischen Voraussetzungen für den erfolgreichen Test der Einführung einer Pauschalversicherung sehr gut, zumal die zahnmedizinische Versorgung sich als ein weniger komplexes, in den Grundstrukturen jedoch durchaus vergleichbares Pendant zum humanmedizinischen Bereich darstellt. Damit ist eine wichtige Voraussetzung dafür gegeben, daß sich die Ergebnisse auch auf die allgemeine medizinische Versorgung übertragen lassen. Eine weitere Voraussetzung für diese Vergleichbarkeit ist allerdings, daß auch die Honorierung der Ärzte analog zu dem für die humanmedizinische Versorgung ausgearbeiteten Modus erfolgt.

Das bedeutet: die Zahnärzte erhalten aus dem von den Kassen an die KZVen gezahlten Gesamtbetrag für die kassenzahnärztliche Versorgung zunächst einmal für jeden pauschalversicherten Patienten, der bei ihnen eingeschrieben ist, eine Pauschale. Wird der Patient im entsprechenden Abrechnungszeitraum behandelt, so - im Gegensatz zur humanmedizinischen Behandlung - erhöht sich dieses Honorar um eine Einzelleistungsvergütung, deren Höhe mit Hilfe einer Gebührenordnung und einem ex post ermittelten Punkt-

wert berechnet wird¹. Gemindert wird dieses Honorar um die Beteiligung des Zahnarztes an den von ihm verursachten Kosten für Zahnersatz bzw. sonstiges Material, sowie die zu Lasten der Krankenkasse verordneten Medikamente, Krankenhaus- und Arbeitsunfähigkeitstage. Da die Kosten für Zahnersatz, die ja den weitaus größten Posten unter den von den Zahnärzten veranlaßten Kosten ausmachen, bei jedem einzelnen Patienten nur relativ selten, dann aber in sehr hohen Beträgen anfallen, ist es nicht sinnvoll, die Höhe der Beteiligung des Arztes an den Kosten auf einen absoluten Betrag zu begrenzen. Sonst käme der Zahnarzt leicht in die Versuchung, seine Kostenbeteiligung zu minimieren, indem er notwendige, für ihn kostspielige Behandlungen so lange aufschiebt, bis er mehrere gleichzeitig in einem Quartal vornehmen kann. Günstiger ist es da, den Beteiligungssatz relativ niedrig anzusetzen und nur die Kosten für Krankenhauspflege² - die allerdings von Zahnärzten nur sehr selten verordnet wird - lediglich bis zu einem bestimmten Höchstbetrag anzurechnen.

Ob gleichzeitig die Selbstbeteiligung der Patienten an den Kosten für Zahnersatz erhalten bleiben soll, kann theoretisch zwischen den Krankenkassen und den Zahnärzten aus-
handelt werden. Sinnvoller als die gegenwärtige pauschale Beteiligung erscheint es dabei, eine dem Patienten kostenlos oder nur mit geringer Selbstbeteiligung anzubietende "Standardausführung" für Zahnersatz auszuhandeln und den Patienten vor allem dann an den Kosten zu beteiligen, wenn er aufgrund kosmetischer Erwägungen eine hochwertige Ausführung wünscht. Diese Regelung dürfte auch im Interesse der Zahnärzte liegen, die häufig beklagen, daß sie sich dem Anspruchsdenken der Versicherten häufig nur schwer entziehen können, seit der Zahnersatz in dem Leistungskatalog der GKV aufgenommen worden ist.

¹ Da die Ermittlung der Höhe des Punktwertes bereits auf S. 68 dieser Arbeit geschildert wurde, wird hier der Kürze halber auf detaillierte Ausführungen verzichtet.

² In diesem Bereich könnte es, ebenso wie bei der Kieferchirurgie, Abgrenzungsschwierigkeiten zur humanmedizinischen Behandlung geben, die durch Verhandlungen ausgeräumt werden müßten.

Dennoch dürfte es schwierig werden, die Zahnärzte für die Einführung eines Nebeneinanders von Pauschal- und Einzelleistungsversicherung zu gewinnen. Denn im Gegensatz zu ihren humanmedizinischen Kollegen, befinden sich die Zahnärzte untereinander noch nicht in nennenswerter Konkurrenz; ihre Wartezimmer sind stets noch sehr gut gefüllt. Damit wächst aber auch die Gefahr, daß die Zahnärzte das System unterlaufen, indem sie versuchen, den Anteil pauschalversicherter Patienten unter ihren Klienten möglichst gering zu halten. Besonders für die pauschalversicherten Patienten, bei denen eine umfangreiche Sanierung notwendig ist, könnte es schwierig werden, einen Zahnarzt zu finden, der diese von Anfang bis Ende durchführt. Andererseits brauchen die Patienten nicht mehr zu befürchten, daß bei ihnen Maßnahmen durchgeführt werden, die nur kurzfristige Abhilfe schaffen. Es liegt jetzt im Interesse des Zahnarztes, daß das Gebiß seiner pauschalversicherten Patienten einmal so saniert wird, daß es nur noch halbjährlicher Inspektionen bedarf, um dauerhaft gesund zu bleiben.

An diesem Punkt könnte man anknüpfen, um den Zahnärzten die ja doch etwas bittere Pille der Pauschalhonorierung zu versüßen: Um den "Reparaturbedarf" bei den pauschalversicherten Patienten auch langfristig möglichst gering zu halten, könnte man hier den Ärzten bei der Finanzierung von vorbeugenden Maßnahmen entgegenkommen. So könnte z. B. eine spezielle Gebührenordnungsposition für eine ausführliche Unterweisung in ordnungsgemäßer Zahnpflege eingeführt werden, eventuell sogar in Zusammenhang mit einer speziellen Vorsorgeuntersuchung für Kinder, bei der auch die Notwendigkeit kieferorthopädischer Maßnahmen festgestellt werden kann. Da die Grundlagen für ein gesundes Gebiß bereits im Kindesalter geschaffen werden müssen, wären auch im Kindergarten durchzuführende Vorsorgemaßnahmen - Zähneputzen, Flourtabletten, eventuell sogar gelegentliche "Inspektionen" - denkbar. Sie ließen sich allerdings nicht auf pauschalversicherte Kinder beschränken und müßten deshalb von den Einzelleistungsversicherungen mitgetragen werden.

Eine von den Zahnärzten sicherlich begrüßte Maßnahme zur Erhöhung des Gesundheitsbewußtseins bezüglich der Zähne bei den Erwachsenen könnte darin bestehen, daß Patienten, die nachweislich ihren Zahnarzt regelmäßig zu Kontrolluntersuchungen aufsuchen, die Selbstbeteiligung bei Zahnersatz ganz oder teilweise erlassen wird.¹

Damit wird gleichzeitig auch den Versicherten ein zusätzlicher Anreiz gegeben, sich bei der zahnärztlichen Versorgung für die Pauschalversicherung zu entscheiden. Dies ist insofern sehr zu begrüßen, als zwar wahrscheinlich relativ viele Versicherte grundsätzlich bereit sein werden, auf eine Einzelleistungsversorgung in diesem Bereich zu verzichten. Aufgrund des relativ geringen Anteils der Zahnarztkosten an den Gesamtausgaben der Kassen ist vor allem in der Anfangsphase, in der die Erfolge in der Prophylaxe sich noch nicht auf die Ausgaben auswirken, die Beitragsdifferenz allein jedoch nicht so groß, daß die Versicherten die Hemmschwelle überwinden, die mit einem Wechsel des Versicherungssystems verbunden ist. Kommt jedoch jetzt ein sich sowohl gesundheitlich als auch monetär auszahlendes Vorsorgeprogramm hinzu, sind die Versicherten wahrscheinlich eher bereit, den notwendigen Schritt zu tun.

¹ In anderen Versicherungen ist es bereits durchaus üblich, einen Schaden nur dann zu ersetzen, wenn bestimmte Vorsorgemaßnahmen getroffen worden waren. Vgl. Metze, Ingolf, Ist Gesundheit ein öffentliches Gut? a.a.O., S. 185.

b) Bei einzelnen Krankenkassen

Eine Alternative zu einer versuchsweisen Einführung Pauschalversicherung in einem ausgewählten Leistungsbe-
reich der GKV besteht darin, daß zunächst nur einzelne
Krankenkassen diese Versicherungsform anbieten. Dabei
ist es denkbar, daß entweder eine Gruppe der Kranken-
kassen nur die Pauschalversicherung anbietet; dann
ist es notwendig, daß die Mitglieder dieser Kassen die
Möglichkeit haben, sich auch für eine andere Kasse zu
entscheiden. Oder die an dem Versuch beteiligten Kran-
kenkassen bieten beide Versicherungsformen an - wie es ja
auch für den Fall einer allgemeinen Einführung des
Wettbewerbs der Systeme vorgesehen ist.

Da die Betriebskrankenkassen (BKK) stets ein besonders
direktes Interesse an niedrigen Beiträgen hatten, werden
sie wahrscheinlich am ehesten bereit sein, das markt-
wirtschaftliche System "auszuprobieren". In den 840 Be-
triebskrankenkassen sind zur Zeit etwa 12 % der GKV-
Mitglieder versichert. Dabei ist die durchschnittliche
Mitgliederzahl mit etwa 5.100 relativ niedrig.¹ Für
viele, insbesondere die kleineren unter ihnen wäre des-
halb die Durchführung beider Versicherungssysteme zu auf-
wendig. Für sie wäre es günstiger, lediglich die Pau-
schalversicherung anzubieten und gleichzeitig die Wahl-
freiheit zwischen AOK und BKK zu eröffnen. Wenn die
Gefahr besteht, daß sie die Mindestmitgliederzahl unter-
schreiten, sollten sie allerdings nur freiwillig an dem
Versuch teilnehmen.

Die Wahrscheinlichkeit, daß die Mitgliederzahlen stark
sinken, wenn die Betriebskrankenkassen nur noch eine
Pauschalversicherung anbieten, ist relativ gering, da

¹ Diese Zahlen gelten für 1981 und wurden entnommen bzw. berechnet nach
Angaben aus: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch
1983 für die Bundesrepublik Deutschland, Stuttgart 1983.

die Bindung der Mitglieder an ihre Kasse hier vergleichsweise hoch ist. Damit wäre gewährleistet, daß es auch in der Anfangsphase, in der die Versicherten eine eher abwartende Haltung einnehmen werden, bereits eine ausreichende Zahl Pauschalversicherter gibt. Ein weiterer Vorteil der Betriebskrankenkassen ist die organisatorische Nähe zu ihren Versicherten. Sie erleichtert den für einen solchen "Probelauf" notwendigen schnellen Informationsfluß. Hinzu kommt, daß die Verwaltung der Betriebskrankenkassen relativ unbürokratisch ist und die Lösung neuer Aufgaben und Probleme wahrscheinlich wesentlich leichter bewältigen kann als die meisten anderen Krankenkassenarten.

Ein Nachteil könnte darin gesehen werden, daß die Gefahr einer Stigmatisierung der Betriebskrankenkassen als "Arme-Leute-Krankenkassen" besteht - obwohl diese Gefahr relativ gering ist, da diese Kassenart unter allen RVO-Kassen wohl diejenige mit dem höchsten Anteil an Angestellten und freiwilligen Mitgliedern ist. Die Arbeitgeber, die die Betriebskrankenkassen tragen, werden ein solches Risiko jedoch scheuen, da sie ihre Betriebskrankenkasse gerne als zusätzliche Sozialleistung darstellen.

Soll die Gefahr einer solchen Stigmatisierung völlig gebannt werden, so muß die Pauschalhonorierung entweder bei verschiedenen Kassenarten, z.B. bei allen RVO-Kassen einer bestimmten Region ("Bayern-Vertrag") eingeführt werden; oder die mit einem relativ guten Image behafteten Ersatzkassen müssen diesen "Probelauf" vornehmen.

2. Möglichkeiten außerhalb der GKV

Die Probleme, die sich durch die relativ starre und inflexible Organisation der GKV ergeben, kann man am einfachsten umgehen, indem man das Modell zunächst einmal in der Privaten Krankenversicherung (PKV) realisiert.

Zwar unterliegen die von der PKV angebotenen Versicherungsformen und -tarife wie alle Versicherungen der staatlichen Kontrolle durch die Versicherungsaufsicht; der Handlungsspielraum ist hier jedoch trotzdem wesentlich größer als der der Krankenkassen. Da die privaten Krankenversicherer zudem größtenteils am Gewinn orientierte Unternehmen sind, ist hier die Bereitschaft zu Innovationen, die einen Vorsprung vor der Konkurrenz sichern könnten, erheblich stärker ausgeprägt. Im Gegensatz zur GKV existieren hier deshalb bereits heute eine Vielzahl von Tarifen, die eine möglichst optimale Anpassung an das von den Kunden gewünschte Leistungsniveau sowie den Umfang der finanziellen Absicherung im Krankheitsfall ermöglichen sollen. Die Vielzahl von Tarifen mit Selbstbehalt zeigt dabei allerdings, daß durchaus auch ein Interesse an Kostendämpfung besteht. Es wäre deshalb relativ problemlos möglich, die Pauschalversicherung als ein weiteres Angebot mit in den Tarifikatalog aufzunehmen. So sind in den USA auch gewinnorientierte Versicherungsgesellschaften am System der PPGs beteiligt.¹

Die Versicherten der PKV kann man in drei Gruppen einteilen: die Beamten, die den Teil der Krankheitskosten abdecken wollen, der nicht durch die Beihilfe getragen wird, die Bezieher stark überdurchschnittlicher Einkommen, die Wert auf den Status Privatpatient legen, und die Angestellten und Selbständigen, die sich bei der Möglichkeit, zwischen einer freiwilligen

¹Vgl. Haarmann, Michael, a.a.O., S. 117.

ligen Mitgliedschaft in der GKV und einer Privatversicherung zu wählen, für die PKV entschieden haben. Die letzte Gruppe ist für die Pauschalversicherung besonders interessant, da sie relativ preisbewußt ist. So wechseln viele Angestellte nach Erreichen der Versicherungspflichtgrenze nur deshalb von der GKV in die PKV, weil hier der Beitrag niedriger ist. Der Status des Privatversicherten ist für sie also nicht sehr wichtig. Diese Gruppe kann noch dadurch vergrößert werden, daß auch für Arbeiter bei Erreichen der Beitragsbemessungsgrenze die Pflichtversicherung in der GKV aufgehoben wird, eine Maßnahme also, die unter dem Aspekt der Gleichbehandlung schon lange überfällig ist.

Vorteilhaft wäre es auch, wenn der "alte" § 178 RVO wieder in Kraft gesetzt würde, eine freiwillige Mitgliedschaft in der GKV also nicht mehr möglich wäre.¹ Jetzt würden alle ehemals freiwillig Versicherten, für die es wegen der kostenlosen Mitversicherung der Familienangehörigen günstiger war, in der GKV zu bleiben, nach einer preiswerten Ersatzlösung suchen. Da sie keinen besonderen Wert auf den Status Privatpatient legen, wären sie bestimmt zu einem großen Teil bereit, einen Tarif mit der neuen Form der Pauschalversicherung zu wählen. Der unübersehbare Anreiz für die PKV läge darin, daß sie einen neuen Kundenkreis hinzugewonnen hat.

Die Restaurierung des § 178 RVO ist allerdings nicht unabdingbare Voraussetzung für das Gelingen der Pauschalversicherung. Sie wäre aber insofern wünschenswert, weil sie die schnelle Verbreitung dieses Systems fördern würde. Dies wiederum würde verhindern, daß die Pauschalversicherung von den Ärzten mit der Begründung abgelehnt würde, es lohnte sich für sie nicht, sich für die wenigen Patienten mit dem System und seinen Besonderheiten bei der Abrechnung vertraut zu machen.

¹ Ausnahmen für Personen mit einem Einkommen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze sollten allerdings möglich bleiben.

Andererseits würde es von Seiten der GKV voraussichtlich massive Widerstände gegen diese Maßnahme geben. Das starke Interesse der Krankenkassen an den freiwillig Versicherten ist jedoch nicht unumstritten. Zwar zahlen diese Mitglieder den Höchstbeitrag, doch gibt es auch Berechnungen, wonach diese Mitgliedergruppe auch überdurchschnittliche Kosten verursachen, die sogar noch über den Beiträgen liegen sollen. Für diese These spricht die Tatsache, daß z.Zt. eine Risikoauslese stattfindet: für die "guten Risiken" ist es günstiger, in die PKV abzuwandern, während die "schlechten Risiken", die in der PKV Risikozuschläge bezahlen bzw. ihre Familienangehörigen extra versichern müßten, als freiwillige Mitglieder in der GKV bleiben.

Sollte deshalb die These, daß die freiwilligen Mitglieder praktisch von den Pflichtmitgliedern subventioniert werden, einer genaueren Untersuchung standhalten, so wäre dieser Widerstand relativ leicht zu überwinden. Dazu wäre es allerdings erforderlich, daß die einzelnen Kassen die Einnahmen und Ausgaben dieser Mitgliedergruppe gesondert auswiesen.

Doch auch ohne Wiedereinführung des § 178 RVO werden die gesetzlichen Krankenkassen relativ viele freiwillige Mitglieder an das neue System verlieren, allerdings jetzt nicht von einem Tag auf den anderen, sondern nach und nach, und nicht infolge einer gesetzlichen Regelung, sondern aufgrund des intensivierten Wettbewerbs zwischen der GKV und der PKV. Der Wettbewerb der Systeme wäre noch um eine Ebene erweitert: Die Versicherten können sich nicht nur dazu entscheiden, als freiwillige Mitglieder in der GKV zu bleiben, sondern auch zwischen Einzelleistungs- und Pauschalversicherung in der PKV wählen.

Die Übertragung des - ursprünglich ja für die GKV konzipierten - Wettbewerbs der Systeme auf die PKV erfordert jedoch einige Modifikationen, die insbesondere

das Beitragssystem der PKV betreffen. Im Gegensatz zur GKV, die nach dem Solidaritätsprinzip organisiert ist und deshalb die Beitragshöhe am Einkommen orientiert, ist es in der PKV üblich, risikogerechte Beiträge, also Preise, zu erheben. Frauen zahlen deshalb höhere Beiträge als Männer. Außerdem werden die Beiträge nach dem Eintrittsalter differenziert; je niedriger das Lebensalter bei Beginn der Versicherung ist, umso niedriger ist auch der Beitrag, und zwar während der gesamten Laufzeit der Versicherung, da für das mit dem Alter steigende Kostenrisiko Rücklagen gebildet werden können. Liegen bei Abschluß der Versicherung bereits dauernde Erkrankungen vor, so wird ein Risikozuschlag erhoben.

Es wäre jetzt natürlich naheliegend auf diese Beitragsdifferenzierungen zu verzichten, schließlich zahlen die Versicherungen ja auch eine vom Gesundheitszustand des Versicherten unabhängige Pauschale an die Ärzte. Dadurch käme es jedoch zu beträchtlichen Wettbewerbsverzerrungen zwischen der Einzelleistungs- und der Pauschalversicherung, in der sich dann überproportional viele schlechte Risiken versichern würden. Andererseits darf der Wechsel von einzelleistungsversicherten PKV-Mitgliedern in die Pauschalversicherung bzw. umgekehrt nicht dadurch erschwert werden, daß beim Wechsel das neue Eintrittsalter zugrunde gelegt bzw. eine erneute Überprüfung des Gesundheitszustandes verlangt wird. Bieten jedoch alle Krankenversicherungen beide Systeme - also Einzelleistungs- und Pauschalversicherung - an, so ist es ohne Probleme möglich, bereits gebildete Rücklagen zu übertragen, weil kein Wechsel der Krankenversicherung, sondern nur noch ein Wechsel der Versicherungsform erfolgt.

Den risikogerechten Beiträgen der Versicherungen sollten dann allerdings auch risikogerechte Pauschalen für die Ärzte gegenüberstehen. Erfolgt die Abrechnung für die Pauschalversicherung allerdings auf Landes- oder gar auf

Bundesebene, was wegen der überregionalen Organisation der PKV sowie der im Vergleich zur GKV relativ kleinen Zahl Versicherter am sinnvollsten erscheint, so ist eine Differenzierung der Pauschalen nur dann notwendig, wenn bei einzelnen Versicherungen besondere Abweichungen der Risikostruktur vom Durchschnitt auftreten.

Ein weiteres Risiko bei der Durchführung der Pauschalhonorierung in der GKV besteht darin, daß hier eine Organisation fehlt, die wie die KVen in der GKV quasi zwischen die Ärzte und die Versicherungen geschaltet ist und gleichzeitig die Abrechnung übernimmt. Am einfachsten ließe sich das Problem dadurch lösen, daß die Versicherungen jeweils nur einige Ärzte eines Bezirkes direkt unter Vertrag nehmen, doch würde dadurch das in allen anderen Versicherungsarten verankerte Prinzip der freien Arztwahl verletzt. Dadurch ergäben sich Durchsetzungsprobleme, die sich mit zunehmender Verbreitung des Systems noch zusätzlich verstärken würden, da die nichtbeteiligten Ärzte ihren Kollegen die zusätzlichen Einnahmequellen neiden würden. Es erscheint deshalb auf lange Sicht günstiger, wenn die Krankenversicherungen in Zusammenarbeit mit den Ärztekammern die bereits bestehenden "Privatärztlichen Verrechnungsstellen" nach dem Vorbild der KVen zu Abrechnungsstellen für das Pauschalhonorierungssystem ausbauen.

Sollten die Ärztekammern dazu nicht bereit sein, ist theoretisch auch eine Zusammenarbeit mit den KVen denkbar. Es ist allerdings angebracht, dieses Problem äußerst vorsichtig zu klären, damit die beiden in Frage kommenden Organisationen nicht das Gefühl haben, gegeneinander ausgespielt zu werden. Am günstigsten wäre es wahrscheinlich, in gemeinsamen Beratungen mit beiden Organisationen nach einer optimalen Lösung zu suchen.

Zunächst einmal ist es jedoch wichtig, die angesprochenen Ärzteorganisationen überhaupt für eine Zusammenarbeit zu interessieren. Dies wird insbesondere dadurch erschwert, daß die Ärzte nicht besonders begeistert sein werden, Privatpatienten quasi gegen Pauschalversicherte eintauschen zu müssen. Grundsätzlich wird es aber die Kooperationsbereitschaft der Ärzteorganisationen erhöhen, wenn man sie darauf hinweist, daß eine erfolgreiche Durchführung des Nebeneinanders von Pauschal- und Einzelleistungsversicherung in der PKV mithelfen kann, den Trend zur Einheitsversicherung in der GKV umzukehren und auch dort den Boden für die Einführung eines marktwirtschaftlichen Systems zu bereiten. Letztlich dürfte es auch für die Ärzte vorteilhaft sein, wenn die Krankenkassen bei einer Einführung der Pauschalversicherung in der GKV auf Erfahrungen zurückgreifen bzw. sich an Daten und Werten orientieren, die in der PKV gewonnen wurden. Denn die PKV wird bei einer Einführung der Pauschalversicherung mit Sicherheit wesentlich höhere Pauschalen zu zahlen bereit sein als die GKV. Sind diese Pauschalen jedoch bereits einmal ausgehandelt, so wird auch die GKV nicht umhin können, sie zumindest als Maßstab anzuerkennen.

Dabei ist die Wahrscheinlichkeit, daß der Wettbewerb der Systeme, wenn er sich in der PKV bewährt, nach einer gewissen Reaktionszeit auch in der GKV eingeführt wird, relativ groß. Praktisch seit ihrem Bestehen, besonders aber seit den fünfziger Jahren, haben sich die Krankenkassen stets an dem Leistungsstandard orientiert, der den Privatpatienten gewährt wurde - die Konsequenz war eine ständige Ausdehnung der Leistungen in beiden Versicherungsformen. Warum sollte sich die GKV nicht auch bei Maßnahmen zur Erhöhung der Effizienz an der PKV orientieren, insbesondere dann, wenn es nicht, wie bei der Selbstbeteiligung mit unsozialen Folgen verbunden ist. Dabei wird die Einführung des Wett-

bewerbs der Systeme in der GKV wahrscheinlich umso schneller erfolgen, je preiswerter die Pauschaltarife in der PKV sind.

Schlußbetrachtung

"Wenn die Beitragszahler der Meinung sind, daß das, was sie auf dem Umweg über die Beiträge bekommen, für sie wichtiger sei als mehr Nahrungsmittel oder schönere Wohnung usw., nun gut, dann kann die Belastung unter Umständen auch auf 50 % steigen."¹ Als dies 1967 gesagt wurde, war das tatsächliche Ausmaß der Kostenexplosion im Gesundheitswesen noch nicht vorhersehbar. Heute wäre ein solcher Anspruch politisch undenkbar. Und doch - ein wichtiger Gedanke liegt ihm zugrunde: Warum sollten nicht die Beitragszahler mehr Entscheidungsfreiheit haben. "Möglichst viele Leistungen für möglichst wenig Beitrag" - das würden sich wahrscheinlich die meisten Versicherten wünschen, wenn sie befragt würden. Ökonomisch ist das jedoch unmöglich.

In der vorliegenden Arbeit wird statt dessen ein von METZE entwickeltes System vorgestellt, in dem die Versicherten sich für eine der beiden Alternativen entscheiden können: entweder möglichst viele Leistungen oder möglichst wenig Beitrag. Im Wettbewerb der Systeme rückt dann für jeden das Optimum - soviel Leistungen wie nötig für einen angemessenen Beitrag - in greifbare Nähe.

Im Mittelpunkt der Arbeit standen stets zwei zentrale Probleme: Eine Ausgestaltung dieses Systems zur Selbststeuerung des Gesundheitssektors derart, daß sowohl die D u r c h f ü h r b a r k e i t als auch die D u r c h s e t z b a r k e i t gewährleistet ist.

¹ Liefmann-Keil, Elisabeth, in: Protokolle Nr. 37 und 38 der Öffentlichen Informationssitzungen des Ausschusses für Sozialpolitik am 8./9. März 1967 in Berlin, Drucksache des Deutschen Bundestages Nr. V/961, S. 18.

Die Durchführbarkeit des Systems hängt weitgehend davon ab, ob die praktische Abwicklung der Pauschalversicherung technisch möglich ist.

Einer der zentralen Punkte war die Ausgestaltung eines neuen Honorierungssystems für die Pauschalversicherung. Um eine optimale Steuerungswirkung zu erzielen, wird jetzt vorgeschlagen, den Ärzten sowohl ein fixes Honorar für jeden potentiellen Patienten als auch eine Einzelleistungsvergütung zu zahlen. Von dem Fixum wird dem Arzt allerdings ein Anteil an den Kosten der von ihm verordneten Leistungen, also Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Krankenhauspflege und Arbeitsunfähigkeit, abgezogen. Damit erhält der Arzt ein Interesse an möglichst gesunden Patienten. Diese direkte Kostenbeteiligung, die zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung schlechter Risiken auf einen Höchstbetrag begrenzt werden sollte, wird noch durch eine indirekte Form ergänzt:

Aus der von den Krankenkassen an die KVen gezahlten Pauschale werden zunächst die Kosten für die verordneten Leistungen bzw. das Fixum beglichen. Der Rest steht für die Gesamtvergütung zur Verfügung. Damit ist eine Einzelleistungshonorierung nur noch im Rahmen einer Gebührenordnung mit variablen Punktwerten möglich, wobei der Punktwert umso höher ausfällt, je wirtschaftlicher die Ärzte behandeln. Andererseits ist das persönliche Honorar des Arztes wie in der Einzelleistungsversicherung davon abhängig, wieviel Leistungen er erbringt. Damit behält er einen Leistungsanreiz und der für den Patienten positive Wettbewerb unter den Ärzten bleibt erhalten.

Für die mit dieser Ausgestaltung der Arzthonorierung verbundenen Abrechnungsprobleme - Einschreibesystem, arzt- und patientenbezogene Erfassung der Verordnungen - konnten praktikable Lösungen aufgezeigt werden.

Bei der Organisation der Krankenkassen bestand ein Hauptanliegen darin, den sozialen Ausgleich zu verbessern. Für die Pauschalversicherung wurde deshalb ein System zur Differenzierung der Pauschalen nach der sozialen Leistungsfähigkeit der Kassen entworfen; für die Einzelleistungsversicherung wurde der Vorschlag von METZE, einen Ausgleichsfonds zu installieren, weiterentwickelt. Da die Beitragssatzunterschiede zwischen den beiden Versicherungsformen eine wichtige Voraussetzung für das Funktionieren des Wettbewerbs der Systeme sind, mußte dabei besonders darauf geachtet werden, daß hier durch den sozialen Ausgleich keine Verzerrungen entstehen.

Ein weiteres Problem bei der Durchführung des Systems zur Selbststeuerung des Gesundheitssektors liegt in der Ausgestaltung des Krankenkassensystems, insbesondere der Einführung von Wahlfreiheit für die Versicherten.

Die wichtigste Maßnahme zur Erleichterung des Wechsels der Systeme sowohl für die Versicherten als auch für die Verwaltung der Krankenkassen besteht deshalb darin, daß alle Krankenkassen beide Versicherungssysteme anbieten. Neben dieser organisatorischen Erleichterung ist aber auch eine intensive Information der Versicherten notwendig, damit jeder für sich das Kosten-Nutzen-Verhältnis der beiden Versicherungsformen abwägen kann.

Probleme der Durchsetzbarkeit ergeben sich insbesondere daraus, daß eine Reform des Gesundheitssektors, die gleichzeitig das Ziel der Kostendämpfung verfolgt, stets bei den Beteiligten auf Widerstand stößt, weil sie befürchten müssen, schlechter gestellt zu werden als im gegenwärtigen System. Beim Wettbewerb der Systeme gilt dies insbesondere für die Anbieter. Deshalb wurden eine Reihe von Vorschlägen erarbeitet, mit denen der Übergang in das neue System erleichtert werden soll. Dazu gehören insbesondere eine verstärkte Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Ärzten und den übrigen Anbietern, also den Apothekern und den Krankenhäusern. Aber auch die Kooperation unter den behandelnden Ärzten soll bei gleichzeitiger Rückkehr zum Hausarztprinzip wieder intensiviert werden.

Da dennoch eine Einführung des Systems zur Selbststeuerung des Gesundheitssektors von einem Tag auf den anderen in der gesamten GKV nicht durchsetzbar erscheint, wurden drei Möglichkeiten vorgestellt, mit denen die Wirkungsweise des Systems getestet bzw. eine schrittweise Realisierung eingeleitet werden kann: eine Einführung des Wettbewerbs der Systeme in der zahnärztlichen Versorgung, bei einem Teil der Krankenkassen oder in der Privaten Krankenversicherung.

Mit den gegenwärtigen gesetzlichen Regelungen läßt sich die Einführung einer Pauschalversicherung in der hier vorgestellten Form nicht vereinbaren. Dies ist jedoch nicht besonders problematisch: Unter der Voraussetzung, daß alle Beteiligten mit der Einführung eines Wettbewerbs der Systeme einverstanden sind - und nur dann ist diese Form der Selbststeuerung des Gesundheitssektors denkbar - wird

die Einarbeitung und Verabschiedung der notwendigen gesetzlichen Grundlagen lediglich eine Formsache sein. Dabei sollte allerdings darauf geachtet werden, daß der Gesetzgeber sich auf die Festlegung der Rahmenbedingungen beschränkt und die Ausgestaltung der Details den Verhandlungspartnern überläßt.

Mehr Marktwirtschaft im Gesundheitswesen - das konnte überzeugend dargestellt werden - ist ohne soziale Härten möglich und führt mit großer Wahrscheinlichkeit zu mehr Effizienz. Sie stellt aber auch größere Anforderungen an die Beteiligten: Mehr Freiheit ist stets auch mit mehr Verantwortung verbunden. Angesichts der gegenwärtigen verfahrenen Situation im Gesundheitswesen würde sich dieser Einsatz jedoch lohnen.

Literaturverzeichnis

- Andel, Norbert
Verteilungswirkungen der Sozialversicherung am Beispiel der gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland, in: Wilhelmine Dreißig (Hrsg.), Öffentliche Finanzwirtschaft und Verteilung III, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. Bd. 75/III, Berlin 1975, S. 39 - 82.
- Appelt, Wolfgang;
Kreifelts, Thomas
Die Ursachen der Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung und die Auswirkungen alternativer Finanzausgleichsmodelle, GMD-Mitteilungen Nr. 36, Bonn 1976.
- Arbeitsgemeinschaft
Selbständiger Unternehmer e.V. (Hrsg.)
Mehr Marktwirtschaft im Gesundheitswesen! Ein Reformkonzept, Dortmund 1983.
- Auster, Richard;
Leveson, Irving;
Sarachek, Deborah
The Production of Health, an Exploratory Study, in: Victor R. Fuchs (Hrsg.), Essays in the Economics of Health and Medical Care, New York 1972, S. 135 - 160.
- Blohmke, Maria;
Boschke, W. (Hrsg.)
Gesundheits-System-Forschung. Freie Vorträge, Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin, Stuttgart 1981.
- Bogs, Walter u.a.
Sozialenquête. Soziale Sicherung in der Bundesrepublik Deutschland, Bericht der Sozialenquête-Kommission, erstattet von: Walter Bogs, Hans Achinger, Helmut Meinhold, Ludwig Neundörfer und Wilfried Schreiber, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz 1966.
- Brenner, Gerhard
Selbstbeteiligung - ein interessantes Rechenbeispiel, in: Der deutsche Arzt, 39. Jg. (1979), H. 21, S. 8 - 17.
- Der Bundesminister für
Arbeit und Sozialordnung
Bericht der Bundesregierung an den Bundesrat über a) Erfahrungen mit dem neugefaßten § 188 der Reichsversicherungsordnung (Zahlung einer Prämie für nicht in Anspruch genommene ärztliche Behandlung und Krankenhauspflege - Krankenscheinprämie), Bonn, März 1972.

- Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.) Zur Entscheidungsstruktur der Arztwahl zwischen Allgemeinmediziner und Facharzt, Bonn 1980.
- Deutscher Bundestag (Hrsg.) Protokolle Nr. 37 und 38 der öffentlichen Informationssitzungen des Ausschusses für Sozialpolitik am 8./9. März 1967 in Berlin, Drucksache Nr. V/961.
- Dreißig, Wilhelmine (Hrsg.) Öffentliche Finanzwirtschaft und Verteilung III, Schriften des Vereins für Socialpolitik, N.F. Bd. 75/III, Berlin 1975.
- Fuchs, Victor R. (Hrsg.) Essays in the Economics of Health and Medical Care, National Bureau of Economic Research, New York 1972.
- Derselbe The Contribution of Health Services to the American Economy, in: Fuchs, Victor R. (Hrsg.), Essays in the Economics of Health and Medical Care, New York 1972, S. 3 - 38.
- Geißler, Ulrich Die Ursachen der Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung und die grundsätzlichen Möglichkeiten ihrer Verringerung, in: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.), Verfassungsrechtliche Aspekte der Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung, Wido Schriftenreihe 5, Bonn 1980, S. 11 - 41.
- Gesellschaft für sozialen Fortschritt (Hrsg.) Der Wandel der Stellung des Arztes im Einkommensgefüge, Schriften der Gesellschaft für sozialen Fortschritt Bd. 20, Bonn 1974.
- Haarmann, Michael Honorierung, Gruppenpraxen, ärztliches Verhalten. Erfahrungen mit Prepaid Group Practices in den USA, in: Sozialer Fortschritt, 25. Jg. (1976), S. 116 - 118.
- Häussler, Siegfried Unterschiedliche Versichertenkreise erfordern unterschiedliche Honorare, in: Der deutsche Arzt, 10. Jg. (1960), S. 219 - 227.
- Derselbe Gesundheitspolitik - Reform durch Zwang oder Einsicht? Köln 1976.
- Derselbe 1981: Kein Jubeljahr für die Krankenversicherung, in: Ärztliche Praxis v. 2. Januar 1982, S. 12.

- Häussler, Siegfried Wirtschaftliche Verordnungs- und Behandlungsweise, in: Siegfried Häussler, Rolf Liebold, Helmut Narr, Die kassenärztliche Tätigkeit, Berlin, Heidelberg, New York 1982, S. 171 - 186.
- Häussler, Siegfried;
Liebold, Rolf;
Narr, Helmut Die kassenärztliche Tätigkeit, 2. Auflage, Berlin, Heidelberg, New York 1982.
- Henke, Klaus-Dirk Ursachen der Kostensteigerungen, in: Wirtschaftsdienst, 57. Jg. (1977), S. 179 - 183.
- Derselbe Gesundheitspolitik, in: Wirtschaftswissenschaftliches Studium, 8. Jg. (1979), S. 212 - 217.
- Derselbe Sparen am falschen Ende - Fragwürdige Prioritäten im Gesundheitswesen, in: Die Zeit, 39. Jg. (1984), Nr. 18 v. 27. April 1984.
- Hoffmann, Wolfgang Zahlen für die Zähne. In den Nachbarländern arbeiten die Zahnärzte billiger, in: Die Zeit, 37. Jg. (1982), Nr. 41 v. 8. Oktober 1982, S. 31.
- INFAS Die Selbstverwaltung in der Sozialversicherung. Ihre Bedeutung für die Versicherten, in: Soziale Selbstverwaltung, Band 1, Bonn 1977.
- Institut für Gesundheits-System-Forschung (Hrsg.) Gesetzliche Krankenversicherung. Analysen-Probleme-Lösungsansätze. Bearbeitet von Fritz Beske und Thomas Zalewski, Kiel 1981.
- Jahn, Erwin Expertise über die Möglichkeiten einer Verbesserung des Gesundheitsstandes und Hebung des Leistungsniveaus der sozialen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland nach Verlust des finanziellen Spielraums der sozialen Krankenversicherung, in: Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.), Leistungssteigerungen im Gesundheitswesen bei Nullwachstum. WIdO-Materialien 14, Bonn 1981, S. 57-87.

- Jeute, Karl Kennzahlen zur Beurteilung der ökonomischen Effizienz von Systemen der Gesundheitssicherung, in: Deutsches Ärzteblatt, 72. Jg. (1975), S. 1775 - 1780
- Kimbel, Karl-H. Bessere Arzneimittelinformation - Weg zur optimalen Versorgung, in: Ärzteblatt Rheinland-Pfalz v. 1. Januar 1983, S. 21 - 28.
- Kortmann, Karl Dieter Der Übergang von der Pauschal- zur Einzelleistungsvergütung bei der Honorierung von kassenärztlichen Leistungen, Köln 1968.
- Kosanke, Bodo;
Schwartz, Friedrich-
Wilhelm Medizinische Leistungen werden durchleuchtet, in: Arbeit und Sozialpolitik, 32. Jg. (1978), S. 10 - 12.
- Krämer, Walter Eine ökonometrische Untersuchung des Marktes für ambulante ärztliche Leistungen, Beiträge zur angewandten Wirtschaftsforschung des Institutes für Volkswirtschaftslehre und Statistik der Universität Mannheim, Manuskript Nr. 110/1979, Mannheim 1979.
- Liebold, Rolf Die Bedeutung alternativer Vergütungssysteme aus der Sicht der kassenärztlichen Vereinigungen, in: Blohmke, Maria; Boschke, W. (Hrsg.), Gesundheits-System-Forschung. Freie Vorträge, Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin, Stuttgart 1981, S. 87-102.
- Derselbe Regelnde Normen der kassenärztlichen Versorgung, in: Häußler, Siegfried; Liebold, Rolf; Narr, Helmut, Die kassenärztliche Tätigkeit, 2. Aufl., Berlin, Heidelberg, New York 1982.
- Liefmann-Keil,
Elisabeth Der Arzneimittelmarkt im Rahmen der Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung, Friedberg/H 1973.
- McClure, Walter The Competition Strategy for Medical Care, unveröffentlichtes Manuskript, Minneapolis 1982.

- Metze, Ingolf Marktwirtschaftliche Alternativen zur Konzertierte Aktion, in: Wirtschaftsdienst, 59. Jg. (1979), S. 508 - 513.
- Derselbe Ist Gesundheit ein Öffentliches Gut? in: Wirtschaftsdienst, 60. Jg. (1980), S. 182 - 187.
- Derselbe Gesundheitspolitik. Ökonomische Instrumente zur Steuerung von Angebot und Nachfrage im Gesundheitswesen, Stuttgart 1982.
- Derselbe Die Krankheit der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Das öffentliche Gesundheitswesen, 44. Jg. (1982), S. 6 - 10, 116 - 122 u. 187 - 190.
- Mössinger, Paul So kann es nicht weitergehen. Zur Krise der gesetzlichen Krankenversicherung, Heidelberg 1978.
- Molitor, Bruno Der Arzneimittelmarkt und die Reform der Sozialen Krankenversicherung, in: Wirtschaftsdienst, 53. Jg. (1973), S. 297 - 300.
- Nowak, Meinolf;
Schaper, Klaus Reform der Selbstverwaltung in der Gesetzlichen Krankenversicherung, in: WSI Mitteilungen, 34. Jg. (1981), S. 307 - 316.
- Oberender, Peter Mehr Wettbewerb im Gesundheitswesen. Zur Reform des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland, in: Jahrbuch für Sozialwissenschaften, Bd. 31 (1980), Heft 2, S. 148.
- o.V. Berliner Krankenhäuser erarbeiten Überschüsse, in: Handelsblatt v. 15. September 1983, S. 6
- o.V. Die Krankenkassen könnten mehr als sieben Mrd. Mark pro Jahr sparen, in: Handelsblatt v. 3. November 1983, S. 8.
- Prätorius, Rainer Selbstverwaltung - eine Sache der Verbände? in: Der Bürger im Staat, 29. Jg. (1979), H 4.
- Rosenberg, Peter Kostenvergleich der Systeme der Gesundheitssicherung zwischen den Niederlanden und der Bundesrepublik Deutschland, Bonn 1978.

- Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung Jahresgutachten 1983/84, Bonn 1983.
- Schmitz-Formes, Josef Aktuelle Aspekte der Honorierung ärztlicher Leistungen, in: Deutsches Ärzteblatt, 75. Jg. (1978), S. 2597 - 2605.
- Schulenburg, Johann-Matthias, Graf von der Systeme der Honorierung freipraktizierender Ärzte und ihre Allokationswirkungen, Tübingen 1981.
- Siebeck, Theo Vertrags- und Vergütungssystem im Kassenarztrecht, Bad Godesberg 1964.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) Statistisches Jahrbuch 1983 für die Bundesrepublik Deutschland, Wiesbaden 1983.
- Stirn, Hans Wenn Ärzte zu viel verordnen ... , Die Fragwürdigkeit der Überprüfung Kassenärztlicher Praxen, in: Arbeit und Sozialpolitik, 24. Jg. (1970), H 6, S. 185 - 189.
- Thelen, Peter "Rentengewurstel", in: Handelsblatt v. 27. Oktober 1982, S. 2.
- Thiemeyer, Theo Sozialpolitische und ökonomische Probleme ärztlicher Honorargestaltung, in: Sozialer Fortschritt, 19. Jg. (1970), S. 101 - 105.
- Derselbe Der Wandel der Stellung des Arztes im Einkommensgefüge, in: Sozialer Fortschritt, 23. Jg. (1974), S. 145 - 152.
- Timmer, Hans Georg Die Modellvorstellungen der Gutachter verbessern die verfahrenre Situation nicht, in: Handelsblatt v. 22./23. Oktober 1982, S. 10.
- Wissenschaftliches Institut der Ortskrankenkassen (Hrsg.) Leistung und Finanzierung des Gesundheitswesens in den 80er Jahren, WiDO-Materialien 8, Bonn 1979.
- Dasselbe Verfassungsrechtliche Aspekte der Beitragssatzunterschiede in der gesetzlichen Krankenversicherung, WiDO-Schriftenreihe 5, Bonn 1980.
- Dasselbe Leistungssteigerungen im Gesundheitswesen bei Nullwachstum, WiDO-Materialien 14, Bonn 1981.

Lebenslauf

=====
Name: Eva-Maria Schmitz
geb. Süß
Geburtstag,
Geburtsort: 23.4.1956 in Essen
Eltern: Dr. med. Paul Otto Süß (Arzt)
Elisabeth Süß, geb. Heinrich
Staatsangehörigkeit: deutsch
Schulausbildung: 1962 - 66 Domschule Osnabrück
1966 - 74 St. Angela Schule Osnabrück, Mai 1974 Abitur
im neusprachlichen Zweig
Studium: WS 1974/75 - WS 1979/80 Studium
der Volkswirtschaftslehre an der
Westfälischen Wilhelms-Universität
zu Münster, Oktober 1979 Diplom

